Vicente E. Caballo (comp.)

Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta

Manuales Psicología

Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

SIGLO
XXI

España
México
Argentina

Primera edición, abril de 1991
Segunda edición corregida, junio de 1993
Quinta reimpresión, enero de 2008

© SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A.
Menéndez Pidal, 3 bis. 28036 Madrid
www.sigloxxieditores.com

© Vicente E. Caballo

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain

Diseño de la cubierta: Pedro Arjona

ISBN: 978-84-323-0717-1
Depósito legal: M. 2.429-2008
Fotocomposición EFCA, S. A.
Avda. Doctor Federico Rubio y Galí, 16. 28039 Madrid

Impreso en Closas-Orcoyen, S. L. Polígono Igarsa
Paracuellos de Jarama (Madrid)

ÍNDICE

PRÓLOGO, *Rubén Ardila* XXI

PREFACIO, *Vicente E. Caballo* XXV

RELACIÓN DE AUTORES XXIX

PRIMERA PARTE

HISTORIA DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

1. ORÍGENES, HISTORIA RECIENTE, CUESTIONES ACTUALES Y ESTATUS FUTURO DE LA TERAPIA DE CONDUCTA: UNA REVISIÓN CONCEPTUAL, *Cyril M. Franks* 3

  I. INTRODUCCIÓN 3
  II. CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA CONTEMPORÁNEA 8
  III. LA DEFINICIÓN DE TERAPIA DE CONDUCTA 12
  IV. ALGUNAS CUESTIONES ACTUALES EN TERAPIA DE CONDUCTA 14

    IV.1. La naturaleza y el papel del condicionamiento y de la teoría de aprendizaje E-R en la terapia de conducta 14
    IV.2. La naturaleza del conductismo y su relación con la terapia de conducta 15
    IV.3. La teoría de aprendizaje social y el determinismo recíproco 16
    IV.4. La importancia de la teoría, el distanciamiento progresivo de la teoría y la práctica y el problema del eclecticismo técnico 18
    IV.5. La terapia de conducta, el psicoanálisis y la integración 19
    IV.6. La terapia de conducta y la preponderancia del profesionalismo 20
    IV.7. Cuestiones éticas, legales y de licencia de la terapia de conducta 21
    IV.8. La imagen de la terapia de conducta 22

  V. ESTATUS PRESENTE Y FUTURO PRÓXIMO DE LA TERAPIA DE CONDUCTA 22
  VI. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 25

2. SOBRE LOS ASPECTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA, *Alan E. Kazdin* 27

  I. INTRODUCCIÓN 27
  II. LOS FUNDAMENTOS DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA 28

    II.1. El condicionamiento como un desarrollo crítico 29
    II.2. El surgimiento del conductismo 32
    II.3. La psicología del aprendizaje 33

III. EXTENSIONES DEL CONDICIONAMIENTO Y DEL APRENDIZAJE 36

III.1. Paradigmas y análogos de laboratorio 36
III.2. Aplicaciones clínicamente relevantes 38
III.3. Personalidad y psicoterapia 40

IV. LA EXTENSIÓN DE LOS PARADIGMAS AL TRATAMIENTO 42

IV.1. La desensibilización sistemática 43
IV.2. Extensiones del condicionamiento operante 45

V. LA FORMALIZACIÓN DE LA TERAPIA DE CONDUCTA 46

V.1. La diversidad dentro de la modificación de conducta 47

VI. CONCLUSIONES 49
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 50

3. PREHISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA CULTURA ESPAÑOLA, *Marino Pérez* 51

I. INTRODUCCIÓN 51
II. LA PROYECCIÓN CLÍNICA Y EDUCATIVA DE VIVES 51
III. EL MOLDEAMIENTO VERBAL EN EL TRABAJO DE PEREIRA 53
IV. LA PSICOLOGÍA DE LOS MÉDICOS 54
V. AUTOCONTROL ASCÉTICO Y CONSTRUCTIVISMO MÍSTICO 58
VI. HABILIDADES DE PÍCAROS Y DE PRÍNCIPES 61
VII. REMEDIO DE JUGADORES 64
VIII. ENUNCIADO DE ALGUNAS IMPLICACIONES 65
IX. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 66

SEGUNDA PARTE

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

4. EL SUJETO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: UN ANÁLISIS CONDUCTISTA, *Marino Pérez* 69

I. EL SUJETO Y LAS CONTINGENCIAS 69

I.1. Sujeto operante 69
I.2. Contingencias, relaciones de equivalencia y significado 71
I.3. Conductas adjuntivas y reforzamiento promedio 73

II. CONDUCTA VERBAL Y TERAPIA 75

II.1. Clases de conducta verbal y control instruccional 76
II.2. Conducta gobernada por reglas y cognición 79
II.3. Metaconducta 81

III. IMPLICACIONES CLÍNICAS 81

III.1. Una nueva clasificación comportamental 82
III.2. Objetivos globales en vez de conductas operativizadas 83

IV. UNA NUEVA IMAGEN DEL SUJETO 85

- IV.1. Consideraciones sobre la subjetividad 85
- IV.2. Causalidad final y conjugación sujeto-objeto 88

V. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 89

5. EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL, *Antonio Godoy* 91

I. INTRODUCCIÓN 91
II. LAS FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL 91

- II.1. Análisis del motivo de consulta 91
- II.2. Establecimiento de las metas últimas de tratamiento 93
- II.3. Análisis de las conductas problema 95
- II.4. El estudio de los objetivos terapéuticos 98
- II.5. Criterios directrices para la elección del tratamiento adecuado 101
- II.6. Evaluación de los resultados del tratamiento 105

III. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 108

6. EVALUACIÓN CONDUCTUAL Y EVALUACIÓN TRADICIONAL: LA CUESTIÓN PSICOMÉTRICA, *Fernando Silva y Carmen Martorell* 109

I. INTRODUCCIÓN 109
II. CONCEPTO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL 109
III. FIABILIDAD, VALIDEZ Y UTILIDAD 112

- III.1. Fiabilidad 112
- III.2. Validez 113
- III.3. Utilidad 118

IV. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 120

7. LA GENERALIZACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO, *Michael A. Milan y Z. Peter Mitchell* 121

I. INTRODUCCIÓN 121
II. MANTENIMIENTO Y GENERALIZACIÓN NATURALES 123

- II.1. La trampa conductual 125

III. LA PROGRAMACIÓN DE LA GENERALIZACIÓN Y EL MANTENIMIENTO 126

- III.1. Generalización del estímulo 126
- III.2. Generalización de la respuesta 127
- III.3. El mantenimiento 128
- III.4. Atenuación de las consecuencias reforzantes 129
- III.5. Entrenamiento de los agentes naturales de cambio 131
- III.6. El empleo del control del estímulo 133
- III.7. Procedimientos de autocontrol 136
- III.8. Prevención de las recaídas 139

IV. CONCLUSIONES 140
V. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 143

8. LAS VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO, *Aurora Gavino* 145

I. INTRODUCCIÓN 145
II. FACTORES ESPECÍFICOS E INESPECÍFICOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO 147

II.1. Variables del terapeuta 147
II.2. Variables del paciente 151

III. EL PROCESO TERAPÉUTICO O EL HILO DE ARIADNA 153
IV. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 158

TERCERA PARTE

TÉCNICAS BASADAS PRINCIPALMENTE EN EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

9. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, *M.ª Nieves Vera y Jaime Vila* 161

I. INTRODUCCIÓN 161
II. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES 162

II.1. Relajación y emoción 162
II.2. Relajación y estrés 164
II.3. Relajación y aprendizaje 164

III. PROCEDIMIENTO 165

III.1. La técnica de la relajación progresiva 169
III.2. La técnica de la relajación pasiva 174
III.3. La relajación autógena 176
III.4. La respuesta de relajación 178

IV. APLICACIONES 179
V. RESUMEN 181
VI. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 181

10. LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, *Ralph M. Turner* 183

I. INTRODUCCIÓN 183
II. DESARROLLO HISTÓRICO 183
III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 185

III.1. Aspectos teóricos 185
III.2. Hallazgos empíricos 188

IV. EL MÉTODO DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA 192

IV.1. La Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS) 194
IV.2. Entrenamiento en relajación 195

V. VARIACIONES 209

V.1. Variaciones técnicas 210
V.2. Alternativas a la relajación para la inhibición de la ansiedad 210
V.3. La desensibilización sistemática «en vivo» 211

VI. RESUMEN 215
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 215

11. LA TERAPIA IMPLOSIVA (INUNDACIÓN): UNA TÉCNICA CONDUCTUAL PARA LA EXTINCIÓN DE LA RE-ACTIVACIÓN DE LA MEMORIA, *Donald J. Levis y Patricia A. Rourke* 217

I. HISTORIA 217
II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 218
III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 221

III.1. La adquisición de la psicopatología 221
III.2. Mantenimiento de los síntomas 224
III.3. Desaprendizaje del miedo y de los síntomas 227

IV. LA TERAPIA IMPLOSIVA —UNA REVISIÓN 228
V. PROCEDIMIENTO 230

V.1. Clasificación de las categorías de los estímulos de evitación 231
V.2. Recogida de información 233
V.3. Plan de tratamiento 234
V.4. La preparación de la primera sesión 235
V.5. El entrenamiento de imágenes «neutrales» 237
V.6. Presentación de las escenas 238
V.7. La determinación objetiva de las virtudes de los estímulos hipotetizados 238
V.8. Cuestiones relacionadas con el espaciamiento de las escenas y las sesiones 240
V.9. Tareas para casa 241

VI. VARIACIONES 242

VI.1. Estímulos reactivados de la memoria 242

VII. APLICACIONES 245
VIII. RESUMEN 246
IX. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 247

12. EL EMPLEO DE LA INTENCIÓN PARADÓJICA EN TERAPIA DE CONDUCTA, *L. Michael Ascher y Marjorie L. Hatch* 249

I. INTRODUCCIÓN 249
II. HISTORIA 249
III. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 251
IV. REVISIÓN SELECTA DE LA LITERATURA EMPÍRICA 251
V. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES 257
VI. MÉTODO Y VARIACIONES 260
VII. RESUMEN 273
VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 274

13. PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS, *José Cáceres* 275

I. INTRODUCCIÓN 275
II. HISTORIA 277

II.1. Temas actuales 278

III. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 279
IV. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 279

IV.1. Condicionamiento clásico 280

IV.2. Condicionamiento operante 280
IV.3. Teorías centrales 282
IV.4. Teoría del estado 283
IV.5. Conclusión 283

V. PROCEDIMIENTOS Y VARIACIONES 284

V.1. Estímulos 284
V.2. Diferencias según la forma de presentación de los estímulos 293
V.3. Diferencias basadas en el paradigma utilizado 295

VI. APLICACIONES 295
VII. CONCLUSIONES 296
VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 296

CUARTA PARTE

TÉCNICAS BASADAS PRINCIPALMENTE EN EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE

14. MÉTODOS OPERANTES, *Joseph J. Pear* 299

I. HISTORIA 299
II. DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN 302
III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 305
IV. PROCEDIMIENTOS 307

IV.1. Procedimientos para aumentar la conducta 308
IV.2. Procedimientos para disminuir la conducta 312

V. VARIACIONES 316
VI. APLICACIONES 321
VII. RESUMEN/COMENTARIO FINAL 325
VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 326

15. LA ECONOMÍA DE FICHAS, *Roger L. Patterson* 329

I. HISTORIA 329
II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 330
III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 330
IV. PROCEDIMIENTO 332
V. EVALUACIÓN 340
VI. VARIACIONES 342
VII. APLICACIONES 344
VIII. RESUMEN Y CONCLUSIONES 346
IX. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 346

16. EL CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, *Rosa M.ª Raich* 349

I. INTRODUCCIÓN 349
II. HISTORIA DEL CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO 350
III. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 351
IV. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 353
V. TÉCNICAS BASADAS EN EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE 354

V.1. Reforzamiento positivo encubierto 354
V.2. Reforzamiento negativo encubierto 357
V.3. Sensibilización encubierta 359
V.4. Extinción encubierta 361
V.5. Coste de respuesta encubierto 362

VI. TÉCNICAS BASADAS EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL 364

VI.1. El modelado encubierto 364

VII. TÉCNICAS BASADAS EN EL AUTOCONTROL 366

VII.1. La detención del pensamiento 366
VII.2. La tríada de autocontrol 369

VIII. APLICACIONES DEL CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO 369
IX. COMENTARIO FINAL 370
X. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 371

17. BIOFEEDBACK, *Miguel A. Simón* 373

I. HISTORIA 373
II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 376

II.1. Concepto de biofeedback 376
II.2. El proceso de biofeedback 377

III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES 381
IV. PROCEDIMIENTO 383

IV.1. Evaluación inicial 384
IV.2. Línea base 386
IV.3. Fijación de metas 387
IV.4. Tratamiento 388
IV.5. Sesiones finales 390
IV.6. Seguimiento 391

V. APLICACIONES CLÍNICAS 391

V.1. Disfunciones cardiovasculares 391
V.2. Trastornos gastrointestinales 395
V.3. Trastornos neuromusculares 397
V.4. Otros trastornos 398

VI. COMENTARIOS FINALES 398
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 400

QUINTA PARTE

TÉCNICAS BASADAS PRINCIPALMENTE EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

18. EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES, *Vicente E. Caballo* 403

I. INTRODUCCIÓN 403
II. BREVE HISTORIA DEL CONSTRUCTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES 403

III. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 406

- III.1. Definición de habilidad social 406
- III.2. Clases de respuesta 407
- III.3. El entrenamiento en habilidades sociales 409

IV. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES 411

V. PROCEDIMIENTO 412

- V.1. El ensayo de conducta 420
- V.2. El modelado 425
- V.3. Instrucciones/Aleccionamiento 427
- V.4. Retroalimentación y reforzamiento 428
- V.5. Tareas para casa 430
- V.6. Procedimientos cognitivos 431

VI. EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN GRUPO 432

- VI.1. Procedimientos y ejercicios de grupo 434

VII. APLICACIONES DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES 440
VIII. RESUMEN/COMENTARIO FINAL 442
IX. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 443

19. EL ENTRENAMIENTO DE PADRES, *Robert J. McMahon* 445

I. INTRODUCCIÓN 445
II. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 446

- II.1. Bases teóricas y empíricas para el empleo del EP como tratamiento para los problemas de conducta infantiles 446
- II.2. El desarrollo del entrenamiento de padres 449

III. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO 452

- III.1. Evaluación 452
- III.2. Revisión de los programas de entrenamiento de padres 455
- III.3. Un ejemplo del EP: «Ayudando al niño desobediente» de Forehand y McMahon (1981) 456
- III.4. Otras intervenciones en el entrenamiento de padres 462
- III.5. Intervenciones del EP para problemas de la conducta furtiva —robar 466

IV. CONCLUSIONES 469
V. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 471

SEXTA PARTE

TÉCNICAS COGNITIVAS Y DE AUTOCONTROL

20. LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA: UNA CONVERSACIÓN CON ALBERT ELLIS, *Leonor I. Lega* 475

I. INTRODUCCIÓN 475
II. HISTORIA Y DATOS BIOGRÁFICOS 475

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

V.1. Organización cognitiva del paciente agorafóbico 601
V.2. La estrategia de tratamiento 602

VI. CONCLUSIONES 604
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 606

25. EL ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES, *José Santacreu* 607

I. INTRODUCCIÓN 607
II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 608
III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA TÉCNICA 609
IV. EL PROCEDIMIENTO DE APRENDIZAJE DE LA TÉCNICA DE AUTOINSTRUCCIONES 612
V. APLICACIONES DE LA TÉCNICA DE AUTOINSTRUCCIONES Y VALORACIÓN DE SUS RESULTADOS 619

V.1. Aplicaciones de la técnica en casos de impulsividad 619
V.2. Aplicaciones de la técnica en casos de ansiedad 621
V.3. Aplicaciones de la técnica en casos de falta de autocontrol 623
V.4. Aplicaciones de la técnica en casos de dificultades de aprendizaje 623

VI. CONCLUSIONES 625
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 626

26. LA INOCULACIÓN DE ESTRÉS, *Jerry L. Deffenbacher* 627

I. HISTORIA 627
II. MODELO TEÓRICO Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 627
III. MODELO DE TRATAMIENTO 628

III.1. Fase I: Reconceptualización 630
III.2. Fase II: Adquisición y ensayo de habilidades 639
III.3. Fase III: Aplicación y consolidación 647

IV. RESUMEN 653
V. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 654

27. MÉTODOS DE AUTOCONTROL, *Lynn P. Rehm* 655

I. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 655
II. PERSPECTIVAS TEÓRICAS 657
III. AUTORREGISTRO: TÉCNICAS Y VARIACIONES 662
IV. AUTOEVALUACIÓN: MÉTODOS Y VARIACIONES 666

IV.1. El establecimiento de metas 666
IV.2. La autoeficacia 668
IV.3. Las atribuciones 669

V. AUTORREFUERZO: MÉTODO Y VARIACIONES 670
VI. UN PROGRAMA DE AUTOCONTROL PARA LA DEPRESIÓN 671

VI.1. Sesiones I y II: Autorregistro 674
VI.2. Sesiones III: Efecto sobre la conducta 676
VI.3. Sesiones IV y V: Las atribuciones 677
VI.4. Sesiones VI y VII: Establecimiento de objetivos 678
VI.5. Sesiones VIII y IX: Autorreforzamiento 681
VI.6. Sesiones X, XI y XII: Continuación y mantenimiento 682

VII. CONCLUSIÓN 682
VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 683

SÉPTIMA PARTE

OTRAS TÉCNICAS EN TERAPIA DE CONDUCTA

28. HIPNOTERAPIA, *E. Thomas Dowd* 687

I. INTRODUCCIÓN 687
II. HISTORIA DE LA HIPNOSIS 688
III. LA NATURALEZA DE LA HIPNOSIS 689

III.1. Mitos sobre la hipnosis 689
III.2. Teorías sobre la hipnosis 691
III.3. La profundidad del trance 692
III.4. La lógica del trance 693

IV. LA PRÁCTICA DE LA HIPNOTERAPIA 693

IV.1. Preparación para la hipnosis 694
IV.2. Inducción de la hipnosis 697
IV.3. Profundización del trance 699
IV.4. Empleo del trance hipnótico 702
IV.5. Terminación de la hipnosis 702

V. APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS 703

V.1. La hipnosis en el control del dolor 703
V.2. Tratamiento del dolor por medio de la hipnosis 704
V.3. Tratamiento hipnótico de los trastornos del hábito 706
V.4. Tratamiento hipnótico de los trastornos por uso de sustancias 707
V.5. La hipnosis en la reestructuración cognitiva 708

VI. RESUMEN 709
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 709

29. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA TERAPIA MULTIMODAL, *Maurits G. T. Kwee* 711

I. INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA MULTIMODAL 711

I.1. Historia y contexto 711
I.2. La teoría del aprendizaje social 713
I.3. Conceptos multimodales 715
I.4. Resistencia y maniobras defensivas 718
I.5. Teoría de sistemas: estructuras 721
I.6. Teoría de sistemas: procesos 723

II. MACROANÁLISIS 725

II.1. La ganancia secundaria 726
II.2. La pérdida secundaria 727
II.3. La ganancia primaria 729
II.4. La pérdida primaria 730

II.5. La mediación cognitiva 732
II.6. Integración de los círculos viciosos 734

III. MICROANÁLISIS 737

III.1. La teoría de las emociones 738
III.2. Las modalidades dominantes 739
III.3. «Órdenes disparadoras» secuenciales 740
III.4. Rastreando la secuencia 742
III.5. El eclecticismo técnico 743
III.6. Conclusiones 746

IV. RESUMEN 748
V. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 749

30. LA ENTREVISTA CONDUCTUAL, *Barry A. Edelstein y Jerome Yoman* 751

I. HISTORIA 751
II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 752

II.1. Objetivos de la entrevista 752

III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 752
IV. MÉTODO 754

IV.1. El establecimiento de una relación terapéutica 754
IV.2. El entrenamiento de la conducta del rol de paciente (CRP) 755
IV.3. CRPs para la terapia de conducta 756
IV.4. Métodos de evaluación de la CRP 757
IV.5. La enseñanza de las conductas del rol de paciente 759
IV.6. La resistencia: una falta de colaboración 762
IV.7. La obtención de información para un análisis funcional 767
IV.8. Análisis e identificación de las conductas objetivo 771

V. RESUMEN 774
VI. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 775

31. TÉCNICAS DIVERSAS EN TERAPIA DE CONDUCTA, *Vicente E. Caballo y Gualberto Buela* 777

I. INTRODUCCIÓN 777
II. TÉCNICAS MOLARES 778

II.1. Procedimientos de modelado 778
II.2. La terapia de conducta racional 785
II.3. Reestructuración racional sistemática 789
II.4. El entrenamiento en el control de la ansiedad 792
II.5. Ciencia personal 793
II.6. Terapia familiar 794
II.7. Terapia de pareja 797
II.8. Terapia sexual 799

III. TÉCNICAS MOLECULARES 803

III.1. El recondicionamiento orgásmico 803
III.2. El contrato conductual 804

III.3. Biblioterapia 806
III.4. La interpretación alternativa 806
III.5. Cambiar la etiqueta 807
III.6. La creencia racional 808
III.7. La jerarquía de valores 809
III.8. El empleo de imágenes 809
III.9. La imaginación emotiva 810
III.10. El cambio de pensamiento 811
III.11. La silla vacía 811
III.12. El control del estímulo 811
III.13. La inversión del hábito 812
III.14. La práctica masiva 813
III.15. La prevención de la respuesta 813
III.16. El fumar rápido 813
III.17. El entrenamiento en el control de la retención 814
III.18. El condicionamiento de la almohadilla y el timbre 814
III.19. El empleo del metrónomo 815

IV. RESUMEN/CONCLUSIONES 816
V. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 816

OCTAVA PARTE

EXTENSIONES DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

32. TERAPIA DE GRUPO COGNITIVOCONDUCTUAL, *Richard L. Wessler* 819

I. HISTORIA 819
II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN 819
III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS 820

III.1. Supuestos básicos 820
III.2. Un modelo integrador 821

IV. MÉTODOS 825

IV.1. Formación del grupo 826
IV.2. Establecer la norma de abrirse y compartir emociones y experiencias .. 826
IV.3. Establecer un marco cognitivoconductual para todos los miembros 826
IV.4. Establecer y poner en práctica un modelo para el cambio 827

V. VARIACIONES 829

V.1. Enfoques del entrenamiento en habilidades 829
V.2. Autocontrol de la conducta 830
V.3. Los enfoques psicoeducativos 831
V.4. Grupos de terapia amplia 832

VI. APLICACIONES 839
VII. RESUMEN/COMENTARIO FINAL 840
VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 841

33. PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COMUNITARIA, *Luis Fernández Ríos* 843

I. INTRODUCCIÓN 843
II. DEFINICIÓN Y COMPONENTES DE LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COMUNITARIA 844
III. PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COMUNITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD 845

III.1. Inmunogénesis conductual 846
III.2. Salud mental comunitaria 847

IV. PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COMUNITARIA EN AMÉRICA LATINA 849
V. LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL COMUNITARIA EN ESPAÑA 851
VI. COMENTARIO CRÍTICO Y PERSPECTIVAS FUTURAS 851
VII. CONCLUSIONES (A MODO DE RESUMEN) 852
VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 853

34. LA CUESTIÓN AMBIENTAL, *Vicente E. Caballo* 855

I. INTRODUCCIÓN 855
II. AMBIENTES, SITUACIONES Y ESTÍMULOS 857
III. UNIDADES DE ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES 858

III.1. La búsqueda de una taxonomía de las situaciones 860

IV. EL CONTEXTO COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA CONDUCTA 862
V. PSICOPATOLOGÍA Y CONTEXTO AMBIENTAL 863

V.1. Algunas implicaciones prácticas 865

VI. UN COMENTARIO FINAL 869
VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 870

35. MEDICINA CONDUCTUAL, *Juan F. Godoy* 871

I. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL, HISTÓRICA Y METODOLÓGICA 871

I.1. Introducción 871
I.2. Concepto 872
I.3. Historia 873
I.4. Modelos conceptuales en medicina conductual 876

II. ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL 880

II.1. Evaluación y tratamiento de trastornos específicos 880
II.2. Potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud 886
II.3. Promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad 886

III. UN EJEMPLO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN MEDICINA CONDUCTUAL: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MIOPÍA 887
IV. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 890

REFERENCIAS 891

ÍNDICE ANALÍTICO 971

estuvo ausente España. No es que no hubiera esfuerzos aislados de investigadores, sino que no se habían sistematizado y estructurado. En España, la psicología científica estaba reapareciendo, después de varias décadas de silencio, que los latinoamericanos extrañábamos mucho y que nos preocupaba sobremanera. Los psicólogos hispanoparlantes volvíamos los ojos a España y esperábamos encontrar directrices a nivel de investigación y de aplicación.

En la década de los ochenta, la situación cambió y España pasó a la vanguardia en psicología científica, incluyendo diversos campos de trabajo —básico y aplicado— y dentro de él la terapia de conducta *tuvo un papel prioritario. España recuperó el liderazgo que aquí, en Latinoamérica, todos esperábamos que recuperara. Se crearon laboratorios, se hicieron publicaciones de alcance internacional, se publicaron libros, se fundaron importantes revistas. Los «colegios invisibles» hicieron su aparición, la psicología alcanzó autonomía, prestigio e impacto social. La psicología española de la década de los noventa es internacional, científica, con una adecuada imagen pública, con buena financiación, con metas a largo plazo, y está contribuyendo eficazmente al acervo de conocimientos de la psicología mundial.*

Una prueba de ello es el presente libro. Entre sus autores, se encuentran distinguidos investigadores y terapeutas de muchos países del mundo, y un buen conjunto de los principales psicólogos españoles que trabajan en terapia de la conducta. Sus ocho partes abarcan toda la gama de la terapia comportamental: historia de la terapia de la conducta, aspectos metodológicos, técnicas basadas en el condicionamiento clásico, técnicas basadas en el condicionamiento operante, técnicas con fundamento en el aprendizaje social, aspectos cognoscitivos y de autocontrol, otras técnicas, y extensiones. No queda nada fuera y, aún así, el libro se ciñe estrictamente al enfoque científico del área. Encontramos aquí tanto las técnicas y estrategias más clásicas o tradicionales, como las más modernas. No es común que en un libro como éste se dedique un capítulo a la hipnoterapia *(el 28) o a la* psicología conductual comunitaria *(el 33) o a* problemas ambientales *(el 34).*

Junto a estos capítulos «no tradicionales» tenemos los clásicos, sobre economía de fichas, condicionamiento encubierto, desensibilización sistemática, relajación, etcétera.

Es un libro bien equilibrado, que brindará a los estudiantes y profesionales una importante fuente de consulta sobre terapia de la conducta y sus avances recientes. Psicólogos, psiquiatras, médicos generales, educadores, trabajadores sociales, estudiantes y todos aquellos interesados en beneficiarse de este campo, tienen aquí una obra de inmenso valor.

El profesor Vicente E. Caballo ha sido pionero en el mundo de habla castellano en terapia de conducta, como lo demuestran sus anteriores obras, entre ellas una muy bien documentada sobre habilidades sociales. *En el presente libro ha logrado reunir trabajos originales, escritos por especialistas de* *primera magnitud, que son los protagonistas de la investigación contemporánea en terapia de la conducta.*

Damos la bienvenida a este importante libro y lo recomendamos con gran entusiasmo. Consideramos que tendrá un lugar de enorme relevancia en España y América Latina y que servirá como texto para cursos sobre terapia de la conducta. Al público no especializado le mostrará lo que está avanzando este campo de trabajo y el lugar tan decisivo que ha alcanzado la psicología española de hoy. Le auguramos muchos éxitos a este libro y estamos seguros de que todos vamos a aprender mucho de él.

RUBÉN ARDILA
Universidad Nacional de Colombia

PREFACIO

La modificación o terapia de conducta es, sin lugar a dudas, el movimiento más importante dentro de la psicología clínica en las últimas décadas. Toda una nueva concepción de las tradicionalmente denominadas «enfermedades mentales» ha sido aportada por dicho movimiento. Este nuevo (y distinto) enfoque de la «enfermedad mental» ha constituido una ruptura con los modos y métodos de enfoques tradicionales anteriores. No sólo se emplean términos nuevos («trastornos conductuales» *versus* «enfermedades mentales») que encierran actitudes radicalmente distintas, sino que el mismo proceso de aproximación a un determinado problema tiene muy poco que ver con los métodos de la psicología clínica tradicional. Desde el mismo momento de la aproximación al problema, siguiendo con la evaluación del mismo y finalizando con su tratamiento, el enfoque de la modificación de conducta presenta aires nuevos y frescos y, lo que es más importante, su aplicación práctica es inmediata y verificable. La calidad de un psicólogo clínico ya no depende de su arte. El psicólogo clínico no nace, se hace. El estudio, la investigación y la práctica clínica forman al terapeuta de nuestros días. La intuición ha pasado a la historia. Los psicólogos de hoy no son (o al menos no deberían ser) los confesores del ayer. La modificación de conducta ofrece numerosos procedimientos de intervención para encarar los trastornos conductuales que presentan los individuos. De esos procedimientos o técnicas de intervención trata el presente manual. De igual manera que la profesión médica dispone de toda una serie de fármacos y técnicas quirúrgicas para el tratamiento de problemas orgánicos, así también la psicología clínica dispone de un conjunto de procedimientos terapéuticos para el tratamiento y la modificación de los problemas conductuales.

El objetivo de este manual es la presentación, a los psicólogos y psiquiatras que se dediquen a la práctica clínica, a los residentes de los hospitales implicados en la salud mental y a los estudiantes de los últimos cursos de la carrera de Psicología, de las técnicas de modificación de conducta más importantes de que se dispone hoy día. La intención ha sido ofrecer un libro eminentemente práctico (dentro de las limitaciones del espacio disponible), insistiendo para ello en la forma de llevar a cabo cada técnica específica y en las variaciones que presenta (o puede presentar) la misma. Pero tampoco hemos querido olvidarnos de todos los otros aspectos de la terapia de conducta, es decir, de la historia, de los fundamentos conceptuales y empíricos, y de factores que ejercen una importante influencia sobre la práctica de la terapia de conducta. Por ello hemos incluido también una serie de capítulos y una pequeña parte del espacio dedicado a cada técnica para tratar estos temas.

Dada la gran diversidad de procedimientos de la modificación de conducta que existen y la imposibilidad material de ser un experto en todos ellos, en el presente manual cada técnica es descrita por un especialista en la misma. Todos los capítulos, excepto uno, han sido escritos originalmente para este libro. Participan en él más de 40 doctores en psicología pertenecientes a 25 universidades, nacionales y extranjeras, y a distintos centros privados. El libro se compone de 35 capítulos agrupados en varias secciones. Un primer bloque reúne tres capítulos dedicados fundamentalmente a la historia (e incluso la «prehistoria») de la modificación de conducta. El autor del primer capítulo, el Dr. Franks, fue uno de los fundadores de la Association for Advancement of Behavior Therapy (Estados Unidos), su primer presidente y el primer director de la revista *Behavior Therapy,* aparecida en 1970, que tanto ha influido en todos los terapeutas de conducta.

El segundo bloque del libro lo forman cinco capítulos dedicados a cuestiones básicas de la modificación de conducta, tales como la evaluación, la generalización y mantenimiento de los efectos del tratamiento y la consideración de variables, tanto relativas al paciente como al terapeuta, que pueden estar influyendo en el proceso de terapia.

Las secciones de la tres a la siete están dedicadas a la descripción de las distintas técnicas. Se las ha agrupado por bloques, dependiendo del modelo que parece sustentar la base teórica de cada técnica. Pero esto se ha hecho con fines principalmente didácticos y de claridad expositiva, ya que no existe en terapia de conducta un modelo o modelos que expliquen por qué funcionan las distintas técnicas, ofreciéndose frecuentemente explicaciones *a posteriori* o planteando meras especulaciones sobre los mecanismos implicados en la eficacia de las técnicas. Así, las técnicas basadas *principalmente* en el condicionamiento clásico conllevan frecuentemente numerosos elementos cognitivos, elementos del condicionamiento operante y/o factores del aprendizaje social. Lo mismo sucede con las técnicas agrupadas bajo los otros apartados. No puede decirse que alguna de las técnicas del libro se base exclusivamente en uno de los modelos de aprendizaje que en él se exponen.

Aunque los autores han tenido cierta libertad en la descripción de las técnicas, cada una de éstas sigue un esquema organizado alrededor de los siguientes puntos: historia, definición y descripción, fundamentos conceptuales y empíricos, procedimiento, variaciones, aplicaciones, resumen/comentario final y lecturas para profundizar. De esta forma, pensamos que el lector puede adquirir los conocimientos esenciales de cada técnica, especialmente cómo llevarla a cabo, y, si aún quiere profundizar más en ellas, pueda hacerlo a través de las lecturas que se incluyen al final de cada capítulo.

El último bloque del presente manual trata con temas que pueden considerarse extensiones en la aplicación de las técnicas de terapia de conducta. Muchas de estas técnicas pueden tomar un formato grupal e incidir sobre un grupo de personas a la vez. Lo mismo sucede cuando esas técnicas se aplican a la comunidad, pero en este caso el grupo es mucho más numeroso y muchas veces la intervención puede dirigirse más a prevenir que a curar. Los aspectos ambientales y contextuales, olvidados con mucha frecuencia por los terapeutas de conducta en favor de estímulos externos «moleculares», se enfatizan en el penúltimo capítulo del libro, resaltando la importancia de considerar el contexto más amplio que frecuentemente rodea a la conducta. Finalmente, el último capítulo aborda un área reservada hasta hace muy poco a los médicos y donde la terapia de conducta tiene también mucho que decir.

Tengo la firme esperanza de que este manual cumpla los objetivos para los que fue proyectado. Si las técnicas de terapia de conducta llegan a hacerse comprensibles a los futuros psiquiatras y psicólogos clínicos y a los que ya lo son, la realización de este libro habrá merecido la pena.

Finalmente, quisiera agradecer a la editorial Siglo XXI de España, y especialmente a su director Javier Abásolo, no sólo la ayuda prestada en la realización de este proyecto, sino también la esperanza y el ánimo infundidos en los momentos más difíciles. Tengo la impresión de que esta fluida relación entre la editorial y el autor, que he tenido el placer de experimentar, constituye una isla en el complicado mundo de la edición. ¡Gracias por ello!

VICENTE E. CABALLO

RELACIÓN DE AUTORES

Rubén Ardila, Dpto. de Psicología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Michael Ascher, Department of Psychiatry, Temple University Health Science Center, Philadephia, Pennsylvania, Estados Unidos.

Cristina Botella, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, Valencia, España.

Gualberto Buela, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España.

Vicente E. Caballo, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España.

José Cáceres, Dirección de Salud Mental, Servicio Regional de Salud, Pamplona, Navarra, España.

Jerry L. Deffenbacher, Department of Psychology, Colorado State University, Fort Collins, Colorado, Estados Unidos.

Keith S. Dobson, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, The University of Calgary, Calgary, Alberta, Canadá.

E. Thomas Dowd, Department of Educational Psychology, Administration, Technology, and Foundations, Kent State University, Kent, Ohio, Estados Unidos.

Barry Edelstein, Department of Psychology, College of Arts and Sciences, West Virginia University, Morgantown, West Virginia, Estados Unidos.

Luis Fernández Ríos, Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Renee-Louise Franche, Department of Psychology, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canadá.

Cyril M. Franks, Graduate School of Applied and Professional Psychology, The State University of New Jersey at Rutgers, Piscataway, New Jersey, Estados Unidos.

Aurora Gavino, Dpto. de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga, España.

Antonio Godoy, Dpto. de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga, España.

Juan F. Godoy, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España.

Sheenah Hankin-Wessler, Cognitive Psychotherapy Associates, Nueva York, Estados Unidos.

Marjorie L. Hatch, Department of Psychology, Temple University, Philadephia, Pennsylvania, Estados Unidos.

Alan E. Kazdin, Department of Psychology, Yale University, New Haven, Connecticut, Estados Unidos.

Maurits G. T. Kwee, Psychiatrisch Centrum JORIS, GA Delft, Holanda.

Leonor I. Lega, Psychology Department, St. Peter's College, Jersey City, New Jersey, e Institute for Rational-Emotive Therapy, Nueva York, Estados Unidos.

Donald J. Levis, Department of Psychology, State University of New York at Binghamton, Binghamton, Nueva York, Estados Unidos.

Carmen Martorell, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, Valencia, España.

Robert J. McMahon, Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington, Estados Unidos.

Michael A. Milan, Psychology Department, Georgia State University, Atlanta, Georgia, Estados Unidos.

Z. Peter Mitchell, Mitchell and Associates, New York City, Estados Unidos.

Arthur M. Nezu, Department of Mental Health Sciences, Hahnemann University, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos.

Christine M. Nezu, Department of Mental Health Sciences, Hahnemann University, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos.

Roger L. Patterson, Veteran's Administration Clinic, Daytona Beach, Florida, Estados Unidos.

Joseph J. Pear, Department of Psychology, The University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canadá.

Marino Pérez Alvarez, Dpto. de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

Rosa Mª Raich, Dpto. de Psicologia de la Salut, Laboratori de Psicologia Clínica, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España.

Lynn P. Rehm, Department of Psychology, University of Houston, Houston, Texas, Estados Unidos.

Patricia A. Rourke, Department of Psychology, University of Iowa, Iowa, Estados Unidos.

José Santacreu, Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Fernando Silva, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Miguel A. Simón, Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Ralph M. Turner, Department of Psychiatry, Health Sciences Center, Temple University, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos.

Mª Nieves Vera, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España.

Jaime Vila, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España.

Richard L. Wessler, Department of Psychology, Pace University, Pleasantville, Nueva York, Estados Unidos.

Jerome Yoman, Department of Psychology, College of Arts and Sciences, West Virginia University, Morgantown, West Virginia, Estados Unidos.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

1. ORÍGENES, HISTORIA RECIENTE, CUESTIONES ACTUALES Y ESTATUS FUTURO DE LA TERAPIA DE CONDUCTA: UNA REVISIÓN CONCEPTUAL

CYRIL M. FRANKS

I. INTRODUCCIÓN

La *terapia de conducta (TC),* un término que emplearemos de forma sinónima al de *modificación de conducta,* tiene un amplio pasado pero una corta historia. En su cuarta década como cuerpo de conocimiento formalmente desarrollado y sistematizado, podemos decir que las técnicas predominantes en TC son tan antiguas como la historia de la humanidad. Los principios básicos del refuerzo y del castigo positivo y negativo se han utilizado durante miles de años de manera intuitiva, desprovista de proposiciones formales sobre los principios implicados. Fue a finales de los años cincuenta cuando se registraron notables intentos para sistematizar estos principios. En cierto sentido, se podría considerar que tales intentos constituyeron el nacimiento de la TC, tal como la conocemos hoy día. Pero, por otro lado, la terapia conductual tiene muchos orígenes y ningún fundador o punto de partida únicos. Ningún país o escuela de pensamiento puede reivindicar en exclusiva el campo de la TC y ninguna técnica puede hacer lo mismo.

Algunos expertos en la materia, como London (1972), alegan que la TC se contempla mejor como un conjunto de técnicas, más que como un enfoque. Sin embargo, es la metodología de la TC como enfoque lo que define a la terapia conductual tal como la conocemos hoy día. Existen en ella diferentes estrategias, técnicas y conceptos teóricos. Pero lo común a todos los que se llaman a sí mismos «terapeutas conductuales» es un compromiso con la evaluación, la intervención y los conceptos que descansan en algún tipo de marco teórico de aprendizaje E-R (estímulo-respuesta), inmerso a su vez dentro de la metodología del científico comportamental.

Cuando la psicología fue capaz de abandonar las especulaciones filosóficas en favor de la metodología cientificoexperimental, el terreno estaba preparado para que la TC germinase. En 1971, en el primer artículo dedicado exclusivamente a la TC de la *Annual Review of Psychology,* Krasner reseñó quince áreas de investigación que concurrieron en los años cincuenta y sesenta para formar el núcleo de este —a partir de entonces— nuevo enfoque. Entre

---

Rutgers University (EE UU).

aquellas áreas se encontraban la psicología experimental, el condicionamiento clásico y el operante, los principios teóricos de aprendizaje de Hull y de Pavlov, la cada vez más madura disciplina de la psicología clínica y una creciente insatisfacción con la corriente psicodinámica, predominante en aquellos momentos en el campo de la salud mental.

Aunque el trabajo de Pavlov sobre el condicionamiento clásico, el de Watson sobre el conductismo, el de Thorndike sobre el aprendizaje y el de Skinner sobre el condicionamiento operante constituyen las piedras angulares de la TC, hubo que esperar hasta los últimos años sesenta para que, por las razones señaladas anteriormente, estos fundamentos conceptuales se encontraran preparados para sostener toda la estructura. La TC está ahora entrando en su cuarta década. La primera, los años sesenta, constituyó la época pionera, una época llena de ideologías y polémicas, en la que los terapeutas de conducta intentaron presentar un frente unido contra el «enemigo» común psicodinámico. Durante este período turbulento, y a pesar de la gran resistencia encontrada, la TC empezó a establecerse como un respetable método de tratamiento. Como escribió London en 1972, era entonces el momento de acomodar el campo, más que dedicarse a defenderlo, lo que se llevó a cabo conforme se desarrollaba la segunda década. De forma gradual, pero progresiva, los terapeutas de conducta dejaron de preocuparse por —y lo abandonaron en gran medida— el celo misionero en favor de la búsqueda de nuevos horizontes dentro de su propio campo. Entre las nuevas fronteras colonizadas se encontraron la práctica médica general, el «biofeedback», la psicofarmacología, la psicología ecológica, la psicología comunitaria y el mundo de la administración y del gobierno. Ésta era también la época excitante de la expansión intelectual en conceptos, metodologías y modos de contemplar los datos más allá de los considerados por la «teoría del aprendizaje» tradicional. Se desarrollaron métodos de tratamiento más sofisticados, se perfeccionó la metodología y se establecieron mejores procedimientos para la evaluación de los resultados. Y, descansando sobre una base menos segura, la «revolución cognitiva» invadió la TC, al igual que sucedió en una gran parte de las áreas de la psicología.

Esta tendencia continuó en la tercera década, dándose un menor interés en cuanto a la expansión, una mayor inclinación hacia la metodología sofisticada y un salto todavía más grande hacia perspectivas que van mucho más allá de la «teoría del aprendizaje» tradicional E-R. Ahora, en su cuarta década —sobre la que volveré en el último apartado del presente capítulo— el énfasis se centra en la dificultad para lograr la unión de una perfeccionada sofisticación metodológica (proveniente de un reconocimiento cada vez mayor de las limitaciones de la metodología conductual tradicional), junto con una viva conciencia de las contribuciones potenciales de disciplinas y formas de pensar que no se habían considerado dignas de ser exploradas, hasta hoy día, por la

TC tradicional. Al mismo tiempo, como intentaré demostrar, se da un retorno esperanzador hacia los fundamentos intelectuales en los que se basan la TC, en general, y la Association for Advancement of Behavior Therapy, AABT [Asociación para el Progreso de la Terapia de Conducta], en particular.

Como se ha hecho notar anteriormente, ningún país puede reivindicar como suya la TC. Sus orígenes y su alcance actual son, realmente, internacionales. En Rusia, y en lo que más tarde sería la Unión Soviética, se dio una notable sistematización de los principios y de los datos del condicionamiento clásico, bajo la batuta de Pavlov y sus seguidores. Si la TC, tal como la conocemos hoy día, no floreció en la Unión Soviética, fue debido, en gran parte, a que las bases filosóficas del condicionamiento pavloviano se encontraban íntimamente unidas al materialismo dialéctico, en vez de hallarse ligadas al materialismo más mecanicista que caracterizaba a la primera TC que se desarrolló en el mundo occidental —un punto de vista no aceptable, de forma comprensible, desde un marco marxista. Sin embargo, aunque la tradición pavloviana, como sistema filosófico, no fue aceptada y no influyó, ni siquiera indirectamente, en la psicología norteamericana, no se puede decir lo mismo de la teoría y de la tecnología pavlovianas. En el mundo occidental, y especialmente en los Estados Unidos, el condicionamiento pavloviano se tradujo en la práctica por medio de técnicas tales como el condicionamiento aversivo y la desensibilización sistemática, por nombrar sólo dos de ellas.

En el Reino Unido, la TC surgió de los esfuerzos de un pequeño grupo de personas —en el que me encontraba yo— para intentar desarrollar una alternativa más viable al entonces preponderante modo de intervención terapéutica en los denominados trastornos mentales, es decir, el modelo psicodinámico (Franks, 1987*b*). Eysenck, en aquel entonces «profesor» de Psicología (más tarde catedrático) en el Instituto de Psiquiatría (Hospital Maudsley) de la Universidad de Londres, tenía un ambicioso y atrevido plan. El primer paso era que algo llamado «personalidad» tenía que descomponerse en un pequeño número de dimensiones, definidas operacionalmente, medibles factorialmente y exploradas experimentalmente. La idea esperanzadora consistía en que, al relacionar estas dimensiones con sus, hasta entonces sin identificar, determinantes fisiológicos, sería posible, en última instancia, desarrollar un amplio modelo de la actividad psicológica, el cual explicaría cada aspecto del funcionamiento humano —un encomiable intento de establecer la unificación en psicología, una búsqueda que no era desalentada por el hecho de que numerosos predecesores distinguidos lo habían intentado y habían fracasado. Considérese, por ejemplo, la búsqueda de los factores generales de inteligencia, por Spearman, o la búsqueda, por parte de Lashley, de ese evasivo engrama que explicase, de forma general, las funciones del cerebro.

Para facilitar este ambicioso plan, Eysenck se rodeó de un selecto equipo de estudiantes de carrera y doctorado (incluido yo mismo) y juntos empezamos a labrar nuestros proyectos individuales. El modelo guía era el de un estudiante amable, pero crítico, en vez de el de un discípulo ciego. La investigación siempre tuvo preferencia sobre la ideología, una perspectiva que caracterizó no sólo a los años de formación de la TC, sino también a los que les siguieron.

Se consideraron y descartaron muchos modelos y sólo la teoría del aprendizaje E-R, en particular el trabajo de Hull y Pavlov, parecía, en aquellos momentos, ofrecer esperanzas para el desarrollo de predicciones verificables y una base de datos para la intervención terapéutica. Y así fue, en forma sucinta, como nació en el Reino Unido el concepto de «terapia de conducta». A lo largo de los años, los estudiantes de Eysenck establecieron enclaves del Maudsley por todo el mundo. Es importante señalar que el énfasis en la investigación científica, en vez de en la obediencia ciega, condujo a que muchos de esos centros desarrollasen sus propias individualidades y a que se produjeran agudas, y menos agudas, diferencias de opinión.

Siguiendo con la historia, hay que señalar un hecho notable, como es el desarrollo —primero en Africa del Sur y luego en los Estados Unidos— por Wolpe (1958) de la psicoterapia por inhibición recíproca y de la técnica de la desensibilización sistemática, sin duda la primera «terapia verbal» viable ofrecida como alternativa a la psicoterapia tradicional. El hecho de que el laborioso procedimiento de Wolpe haya sido modificado muchas veces como consecuencia de estudios posteriores y el hecho de que su explicación teórica original, en términos del condicionamiento clásico y de la inhibición sheringtoniana, haya sido rechazada desde hace tiempo, no desmerece en absoluto el significado del importante logro de Wolpe.

Otros dos pioneros de Africa del Sur, que obtuvieron reconocimiento mundial, primero en los Estados Unidos y el Reino Unido y luego en los Estados Unidos y Canadá, fueron Lazarus y Rachman. Sin embargo, hay que señalar que Lazarus, aun reconociendo lealtad a una amplia tradición conductual, ya no se considera un terapeuta de conducta. Según afirmación propia, es un «terapeuta multimodal» (Lazarus, 1981).

Si la primera TC que se desarrolló en Gran Bretaña se apoyaba, en gran medida, en el condicionamiento clásico, no se puede decir lo mismo sobre el desarrollo de la TC en los Estados Unidos. Quizás a causa de la creencia de que el ambiente se encuentra donde está para ser conquistado y de que hay pocos límites, si es que hay alguno, para hacerlo, el énfasis en las variables externas, en las influencias ambientales y en el condicionamiento operante ateórico de Skinner, predominó en los EE UU y, hasta cierto punto, sigue predominando hoy día. La tradición proveniente del Maudsley de las influencias genéticas y de los determinantes constitucionales, retrotrayéndose al mismo Pavlov, se arrinconó en favor de un ambientalismo más bien simplista, que predominó en la TC norteamericana hasta la llegada de la cognición, de la teoría de la interacción recíproca de Bandura (1982) y de los modelos más sofisticados que surgieron en los últimos años ochenta.

Parece ser que el término «terapia de conducta» se introdujo, de modo más o menos independiente, por tres grupos de investigadores. En 1953, Lindsley, Skinner y Solomon se refirieron al empleo del condicionamiento operante en pacientes psicóticos hospitalizados con el término de «terapia de conducta». En 1959, Eysenck utilizó por primera vez este término de forma impresa, para referirse a un nuevo enfoque de la terapia, definiendo a la TC como la aplicación de las «modernas teorías del aprendizaje» en el tratamiento de trastornos psicológicos. Mientras que Lindsley y cols. conceptualizaron a la TC exclusivamente en términos del condicionamiento operante de Skinner, Eysenck adoptó una perspectiva mucho más amplia. Para Eysenck, la TC abarcaba el condicionamiento operante, el condicionamiento clásico y, posteriormente, el modelado, con un notable reconocimiento hacia Pavlov, Mowrer y a los neoconductistas como Hull, Spence y (con ciertas reticencias) Bandura. En 1958, en Africa del Sur, Lazarus acuñó, de forma independiente, el término «terapia de conducta» para referirse al hecho de añadir procedimientos objetivos de laboratorio a la psicoterapia tradicional. A este respecto, Lazarus pensaba, tanto antes como ahora, que la TC es solamente parte de una totalidad multimodal que podría incluir procedimientos derivados de cualquier fuente, siempre que hubiera evidencia experimental de su utilidad (Lazarus, 1981). Esta estrategia se conoce como *eclecticismo técnico.*

Como señala Krasner (1971), las raíces de la TC se remontan a muchas escuelas de pensamiento, a metodologías contrapuestas, a sistemas filosóficos y teóricos diversos, a países distintos y a líderes diferentes. Algunos individuos enfatizan el condicionamiento clásico y su aplicación práctica por medio de técnicas como la terapia aversiva y la desensibilización sistemática, otros confían en la tradición skinneriana del condicionamiento operante y el análisis experimental de la conducta, y un tercer grupo se centra en los datos de la psicología experimental en conjunto, en vez de fiarse exclusivamente de la teoría del condicionamiento *per se* (Wilson y Franks, 1982). A veces la TC presenta aspectos idiosincrásicos, como, por ejemplo, el énfasis de Yates (1970) en el caso individual como concepto básico y necesario.

Desde 1970, la European Association of Behaviour Therapy, EABT [Asociación Europea de Terapia de Conducta] ha organizado congresos anuales en distintos países europeos. En el séptimo de dichos congresos, que tuvo lugar en Uppsala, Suecia, en el verano de 1977, se acordó celebrar el décimo congreso en Jerusalén. Por acuerdo explícito de todos los implicados, esta reunión científica se convirtió en el I Congreso Mundial de Terapia de Conducta. Desde entonces, la TC ha florecido por todo el mundo. Existen hoy día multitud de asociaciones de terapia de conducta y, por lo menos, cin-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

ciación], llamando la atención sobre el hecho de que no se debería malinterpretar a las distintas técnicas de TC, todas derivadas de la teoría del aprendizaje, como diferentes clases de TC, implicado por el plural «terapias», sin una justificación teórica. Se reconoció inmediatamente que esto no era una sutileza semántica, sino un asunto de considerable importancia, por lo que se cambió el nombre de la Asociación. Desde entonces hasta hoy día, se conoce como la Association for Advancement of Behavior Therapy [Asociación para el Progreso de la Terapia de Conducta]. Sin embargo, el dar un nombre a algo no produce, por sí mismo, un cambio y se ha mantenido, desde entonces, una pugna constante dentro de las filas de la TC. Lo que suceda en un futuro sólo él lo sabrá y es por lo que, teniendo esto en mente, escribí en 1981 un artículo titulado: «2081 —¿Serán muchas o sólo una? ¿o quizás ninguna?». Esta cuestión tiene el mismo interés ahora, en 1990, que hace una década.

Lo cierto es que la TC actual es capaz de incluir una considerable variedad dentro de sus límites conceptuales sin una aparente desintegración. Están aquellos que consideran a las teorías del rasgo altamente compatibles con una posición conductual y aquellos otros que mantienen un punto de vista diametralmente opuesto. También están aquellos que piensan que no se debería hablar de autocontrol o control de sí mismo *(self-control),* porque no existen cosas como el «sí mismo» *(self)* y aquellos otros para los que el autocontrol o control de sí mismo es una importante realidad. O también aquellos que adoptan una, quizá intelectualmente poco honesta, posición intermedia, para los que no existe un «verdadero» autocontrol o control de uno mismo, pero que consideran que es mejor vivir sus vidas como si existiera. Igualmente, están aquellos que se apoyan notablemente en factores fisiológicos, constitucionales y genéticos y aquellos que piensan que esos determinantes no existen o son, como mucho, irrelevantes. También encontramos a aquéllos para los que el marco de referencia es el conductismo radical, rechazando totalmente cualquier variable interviniente entre el estímulo y la respuesta y a aquéllos cuya única fidelidad se limita a la metodología conductual. Para otros, los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, con la posible añadidura del modelado, son suficientes, mientras que otros piensan que el condicionamiento es sólo una parte de la película. Para algunos, los datos son suficientes y la teoría tiene poca importancia, mientras que para otros la teoría es esencial para el progreso de la TC.

Puesto que hay muchas dimensiones (de las que he mencionado algunas y, dentro de ellas, una serie de puntos de su espectro), es posible, lógicamente, que la terapia de conducta tolere muchos puntos de diferencia dentro de su marco conceptual. Algunas de estas diferencias han dado lugar a disputas más encarnizadas que otras. La terapia de conducta cognitiva, considerada por sus defensores más entusiastas como un cambio de paradigma, anunciador de una nueva era en terapia de conducta, es un caso que merece una atención especial.

La reacción contra el «estigma» del mentalismo llevó a muchos de los primeros terapeutas de conducta a centrarse en las respuestas manifiestas y a ignorar completamente cualquier forma de proceso cognitivo. También era mucho más fácil trabajar con fichas y recompensas relativamente específicas que con procedimientos más vagos. Además, la tecnología para trabajar con procesos y sistemas de grupo no existía todavía, de modo que los primeros terapeutas de conducta ponían el énfasis en procedimientos específicos dirigidos hacia el individuo. El reconocimiento de las influencias más sutiles de la sociedad se encontraba, por lo menos, a una década de distancia.

La denominada «revolución cognitiva», introducida por líderes como Mahoney (1977) y Beck (1976), constituye un acontecimiento de notable significación en la historia de la terapia de conducta. Muchos extremistas consideraron este suceso como un cambio de paradigma de trascendencia decisiva, a pesar de que se podría alegar que la TC se encuentra todavía en una etapa pre-paradigmática, de modo similar a como se encontraban las ciencias naturales en los siglos XVI y XVII. Tal como lo emplea Kuhn (1970), la noción de paradigma descansa sobre tierras movedizas y el concepto se utiliza de modos muy diversos (ver Fishman, Rotgers y Franks, 1988). Si es discutible que una cosa como es un paradigma —empleado de manera distinta al uso limitado e incorrecto que frecuentemente se hace de él como modelo o teoría específicos— exista en psicología, menos aún existiría en TC. Es cuestionable, por lo tanto, si hay algún paradigma que cambiar. Sea como fuere, algunos consideran a la TC cognitiva como un nuevo enfoque de intervención, enfoque que ya no se podría clasificar como parte de la terapia de conducta. Los pros y los contras de este argumento, y el apasionado debate que ha suscitado y continúa suscitando, se han tratado en muchas ocasiones, por lo que se remite al lector interesado a otras fuentes de consulta (p.ej., Franks, 1982).

Mi punto de vista es que toda TC emplea la cognición en mayor o menor medida. Lo que se necesita, si se quiere aclarar el tema, es que las cuestiones pertinentes sean trasladadas desde la escena de debate al ruedo de la investigación empírica. Los prerrequisitos incluyen un consenso sobre la definición de la TC, especificaciones técnicas precisas de los métodos empleados y una aceptación de estos métodos por los terapeutas de conducta (ver Rachman y Wilson, 1980). Incluso Mahoney reconoce ahora que todas las terapias son simultáneamente cognitivas y conductuales, en mayor o menor medida, y que lo que se necesita es investigación sistemática más que continuos debates (Mahoney y Kazdin, 1979).

Parecería, entonces, que han surgido varios modelos teóricos diferentes de TC, de los cuales la modificación de conducta cognitiva es uno más. Dichos modelos incluyen, además de la terapia de conducta cognitiva, el análisis conductual aplicado, basado en el condicionamiento operante de Skinner; las terapias basadas en el aprendizaje o condicionamiento pavlovianos, filtradas a través de la visión de neoconductistas como Hull, Spence, Eysenck, Rachman y Wolpe; la teoría del aprendizaje social, con Bandura (1969) como su principal representante; y la terapia de conducta paradigmática de Staats (1981), una versión puesta al día de su planteamiento del conductismo social (Staats, 1975).

III. LA DEFINICIÓN DE TERAPIA DE CONDUCTA

Prefiero evitar cualquier definición comprehensiva y rigurosa de la TC en favor de alguna fórmula general que subraye simplemente el hecho de que la TC es un enfoque enraizado, que no estancado, en la metodología de las ciencias conductuales y con una fuerte, que no exclusiva, predilección hacia alguna forma de teoría de aprendizaje E-R. Esto prepara el terreno para que coexistan la estructura y la fluidez. Hace más de una década, Kazdin (1978*a*) señaló las características más sobresalientes de los terapeutas de conducta:

1. Un énfasis en los determinantes actuales de la conducta, en vez de en los determinantes históricos.
2. Un énfasis en el cambio de la conducta manifiesta como el principal criterio por el que se evalúa el tratamiento.
3. Especificación del tratamiento en términos objetivos, de modo que pueda ser posible la réplica del mismo.
4. Confianza en la investigación básica en psicología, con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas.
5. Especificidad en las definiciones y explicaciones, en el tratamiento y en la medición.

Después de una década y media, con la posible añadidura de un énfasis no lineal, con la aparición de una perspectiva multidimensional y con una drástica reinterpretación de lo que significa la metodología de la ciencia conductual, estos criterios se siguen aplicando.

Las primeras definiciones se esforzaron por vincular a la TC con doctrinas, teorías, leyes o principios de aprendizaje específicos. Ejemplos típicos son la confianza de Eysenck (1959) en algo denominado la «moderna teoría del aprendizaje» y el refugio idiosincrásico de Yates (1970) en la investigación sistemática del caso único como la esencia de la TC. La siguiente definición de TC, respaldada originalmente por la AABT en 1975, intenta cubrir todos los frentes. Dice lo siguiente:

> La terapia de conducta implica, principalmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta pone el énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones. La terapia de conducta implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos. El objetivo es, esencialmente, educativo. Las técnicas facilitan un mayor autocontrol. En la aplicación de la terapia de conducta, normalmente se negocia un acuerdo contractual en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente agradables. Aquellos que emplean los enfoques conductuales de modo responsable se guían por principios éticos ampliamente aceptados [Franks y Wilson, 1975, p. 1].

Las distintas definiciones de TC tienden a caer dentro de dos clases: doctrinales o epistemológicas. Las definiciones doctrinales intentan vincular la TC a doctrinas, teorías, leyes o principios de aprendizaje. Las definiciones epistemológicas se encuentran más inclinadas a caracterizar a la TC en términos de los distintos modos de estudiar los fenómenos clínicos. En general, las definiciones doctrinales tienden a ser más limitadas y, por consiguiente, no se ajustan a toda la TC, mientras que las definiciones epistemológicas tienden a ser excesivamente acomodaticias y, por consiguiente, potencialmente aplicables a muchas terapias no conductuales. Cuanto más flexible y comprehensiva sea la definición, mayor es su potencial para solaparse con modelos no conductuales, y pudiera ser, como sugiere Erwin (1978), que no sea posible actualmente una definición de TC que sea aceptable para la mayoría de los terapeutas conductuales. Por esta razón, quizás, en vez de intentar una definición, Davison y Stuart (1975) listan, simplemente, «varias características unificadoras importantes», la mayoría de ellas acordes con las señaladas anteriormente. La caracterización de Erwin (1978) de la TC como «una forma no biológica de terapia que se desarrolló, en gran medida, a partir de la investigación sobre la teoría del aprendizaje y que, normalmente, se aplica de modo directo, gradual y experimental en el tratamiento de patrones desadaptativos específicos» (p. 44), es consistente con esta posición.

Teniendo en cuenta lo que se ha escrito hasta ahora, no es sorprendente que tengan lugar vivas controversias dentro de la TC, así como entre los terapeutas de conducta y aquellos que se encuentran fuera del movimiento. En la siguiente sección, resaltaré algunas de estas áreas de controversia.

IV. ALGUNAS CUESTIONES ACTUALES EN TERAPIA DE CONDUCTA

IV.1. *La naturaleza y el papel del condicionamiento y la teoría de aprendizaje E-R en terapia de conducta*

Se supone que la TC se basa en los principios de aprendizaje del estímulo y la respuesta. Pero esto no nos dice mucho. ¿Qué principios de aprendizaje, de los muchos y distintos que existen, deberíamos emplear como nuestros pilares fundamentales? ¿Qué evidencias apoyan a estas teorías de aprendizaje? Si la teoría del aprendizaje es necesaria como base explicativa para la TC, ¿es, no obstante, suficiente? Por ejemplo, ¿se aplican de igual o parecida manera los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante a los procesos internos, encubiertos y son suficientes para explicar los datos? Si no fuese así, ¿es necesario ampliar los fundamentos de la TC para incluir principios y conocimientos extraídos de la psicología social, de la fisiología y de la sociología? (Kanfer y Grimm, 1980). Si la TC se amplía de esta manera, ¿se convierte en algo distinto a lo que constituyó originalmente la TC o incluso a como la conocemos hoy día? Desde aquí, apenas es posible hacer más que prestar atención a estas cuestiones y remitir a los lectores que quieran profundizar en ello a algunos de los muchos textos de TC que se encuentran disponibles en estos momentos (p.ej., Eysenck y Martin, 1987; O'Leary y Wilson, 1987). En especial, se recomienda que el lector consulte la obra de Erwin (1978), uno de los pocos libros importantes de esta área que trata exclusivamente con problemas conceptuales y científicos. Quizá sea significativo que Erwin sea un filósofo y no un psicólogo.

Es fácil utilizar la palabra «condicionamiento». Desgraciadamente, éste es un concepto desprovisto de un significado sobre el que haya un común acuerdo. A veces se emplea para referirse a un procedimiento experimental, otras veces para referirse a la eficacia de este procedimiento y, en otras ocasiones, para referirse al proceso que se cree explica estos efectos. En particular, las dificultades se plantean cuando se intentan extrapolar los datos derivados de los experimentos con animales a los seres humanos. Además, la relación exacta entre el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante sigue siendo ambigua y no es, en absoluto, poco razonable dudar si el condicionamiento, en el sentido de una asociación contingente sistemática entre el estímulo y la respuesta, existe claramente.

Las relaciones entre el condicionamiento en el laboratorio, el condicionamiento en la clínica y el condicionamiento en la vida diaria son complejas y están abiertas a muchas interpretaciones. Esto hace difícil extrapolar (como eran las esperanzas de los primeros terapeutas de conducta) los estudios sobre condicionamiento en el laboratorio a la vida real. Además, hablamos de bue-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

la base de numerosas tesis doctorales y propuestas de investigación. Según Bandura, la autoeficacia influye en los patrones de pensamiento, en las acciones y en la activación emocional a lo largo de un amplio rango de experiencias humanas, que va desde la fisiología del individuo hasta los esfuerzos colectivos de grupo.

Los procesos causales los conceptualiza Bandura en términos de lo que él denomina «determinantes recíprocos». Esto implica una interacción recíproca, continua, entre las influencias conductuales, cognitivas y ambientales, y es aquí donde surgen las dificultades conceptuales. El argumento de Bandura está pensado de forma inteligente. Se las arregla para nadar y guardar la ropa, en el sentido de que crea una apariencia de libertad humana que permite el libre albedrío, mientras retiene al mismo tiempo el concepto de determinismo. En esencia, Bandura sostiene que, al igual que sucede con la conducta humana, un ambiente puede tener causas. En otras palabras, la relación entre la conducta humana y el ambiente es recíproca. Las acciones humanas influyen sobre la naturaleza de los acontecimientos ambientales que, a su vez, influyen sobre las acciones humanas de una manera continua y recíproca.

Para aquellos que se sienten ofendidos por la idea popular de igualar la terapia de conducta con la manipulación coercitiva, la conformidad y la restricción de la libertad de elección, el determinismo recíproco puede constituir una opción seductora. Pero el empleo del determinismo recíproco para salir de este dilema puede ser también, lógicamente, problemático. A aquellos que creen en el libre albedrío, y en último caso es una cuestión de creencia, les es posible plantear numerosas objeciones legales, filosóficas y teológicas al determinismo. Otra táctica consiste en aceptar la existencia de algún tipo de determinismo, pero evitar el empleo, en psicoterapia, de métodos que asuman la aplicación de dicha creencia (p.ej., los programas de refuerzo). No está claro cómo el determinismo recíproco puede solucionar estas objeciones. ¿Cómo explica el determinismo recíproco la manera en que las acciones humanas afectan al ambiente? Si los principios que gobiernan este proceso no son diferentes de los que gobiernan la influencia del ambiente sobre la conducta humana, entonces no queda claro qué añade el determinismo recíproco a la libertad humana. Por otra parte, si estas influencias son distintas, no queda claro qué principios adicionales gobiernan la interacción conducta-ambiente. Quizás el determinismo recíproco cree más una ilusión de libertad humana que libertad real.

IV.4 *La importancia de la teoría, el progresivo distanciamiento de la teoría y la práctica y el problema del eclecticismo técnico*

Se supone que la TC se encuentra comprometida con el empirismo y la investigación de la teoría pero, en realidad, se conoce poco sobre el impacto de este compromiso sobre la práctica. En 1972, la encuesta realizada por Kanfer entre treinta líderes del campo de la TC insinuó que la relación entre la evaluación y la investigación clínicas es mínima. Las cosas no han cambiado en años posteriores. Cuando Swan y MacDonald (1978) exploraron la discrepancia entre la investigación y la práctica en una muestra representativa de miembros de la AABT, encontraron que pocos terapeutas de conducta practicaban lo que predicaban. También se daba una reconocida tendencia hacia el eclecticismo. Otras encuestas arrojaron inquietantes hallazgos similares (p.ej., Wade y Hartmann, 1979). Quizá sea hora de que los terapeutas de conducta apliquen la metodología conductual ¡para aumentar su propia adherencia a los principios por los que se aboga en la TC!

Lazarus (1981), en su enérgica defensa de lo que llama eclecticismo técnico, plantea que, si bien un científico no se puede permitir el ser ecléctico, el clínico no puede permitirse el lujo de *no* ser ecléctico. Con esto quiere decir que, mientras que el eclecticismo teórico es lógicamente imposible (el adoptar una teoría significa hacer una elección, no importa lo provisional que sea), el eclecticismo técnico, es decir, el empleo de cualquier técnica validada sin importar su origen, es una estrategia esencial para el clínico cuya preocupación principal sea el bienestar del paciente.

Existen dos puntos de vista contrapuestos. Por una parte, se puede alegar que la investigación sistemáticamente programada es la estrategia ideal, no sólo para la investigación sino también para el progreso de la práctica clínica. Desde esta perspectiva y a largo plazo, la información más útil, y por lo tanto de más ayuda a los pacientes, podría ir acumulándose a partir de un enfoque consistente dentro de un marco teórico. Después de todo, existe una gran cantidad de posibles técnicas y parecería más efectivo centrarse en el desarrollo de aquellas que surgen como parte de un programa de actuación, de la investigación y de la acumulación de datos, llevados a cabo de manera consistente y sensata dentro de un marco determinado. Desde esta perspectiva, es menos eficaz practicar el eclecticismo técnico, puesto que no hay modo de saber qué es lo que funciona si no es por medio de buenos estudios de validación y, a la vista de las numerosas técnicas que surgen continuamente, esto constituiría un proceso inviable.

Un problema adicional que los defensores del eclecticismo técnico tienden a pasar por alto es que el término «validación» significa cosas diferentes para distintos teóricos (ver el siguiente apartado). El validar técnicas que proceden de un único modelo teórico nos llevaría, por lo menos, a una utilización consistente de la palabra «validación».

Por la otra parte, el clínico de orientación conductual en el aspecto teórico, pero ecléctico en el aspecto práctico, podría alegar que algunas técnicas parecen ser más prometedoras que otras y de más fácil investigación. Estas son las que deberían investigarse en primer lugar, sin importar sus orígenes teóricos. Se alega que, en interés del desventurado paciente, es preferible confiar en el ensayo y error clínicos y agarrarse a casi todo aquello sobre lo que existe alguna razón o intuición para pensar que posiblemente podría ser útil.

Mientras tanto, el debate continúa, con apasionados oponentes que se expresan enérgicamente en ambos lados y, al mismo tiempo, la distancia entre la teoría y la investigación y entre lo que escriben y lo que realmente hacen los terapeutas de conducta se va haciendo cada vez mayor.

IV.5. *La terapia de conducta, el psicoanálisis y la integración*

Los terapeutas de conducta y los psicoanalistas se han enzarzado durante mucho tiempo en debates hostiles, mutuamente denigrantes y potencialmente destructivos. Últimamente, ha habido una llamada para un acercamiento tanto conceptual como práctico. El que esto anuncie un sano espíritu de progreso conjunto o el espectro de una retrógrada inutilidad, es una cuestión de opiniones. Mi posición en este debate es clara: los dos son básicamente irreconciliables a niveles conceptuales y teóricos, y la integración a nivel de la práctica clínica plantea numerosos problemas (p.ej., Franks, 1984). No es un asunto de ser mejor o peor sino una cuestión de ser diferentes. Los terapeutas de conducta y los psicoanalistas se basan en paradigmas distintos, entienden y formulan los problemas psicológicos de manera diferente, confían en métodos diferentes de verificación y aceptan «hechos» distintos como datos legítimos. Por ejemplo, la impresión clínica es a menudo validación suficiente para el psicoanalista, pero no para el terapeuta de conducta. Por consiguiente, es posible que los defensores de ambas posiciones sean lógicamente consistentes con las suposiciones y límites de sus respectivos paradigmas y, en consecuencia, que puedan llegar a conclusiones contradictorias y, posiblemente, irreconciliables. Desde mi punto de vista, una solución, al menos en un futuro cercano, sería que cada sistema «fuese a su avío», con la esperanza de desarrollar una teoría y una práctica más viables dentro de su propio sistema.

Muchos terapeutas de conducta renombrados toman posiciones diametralmente opuestas (p.ej., Goldfried, 1978; Wachtel, 1977). Goldfried, por ejemplo, alega que el distanciamiento entre la TC y el psicoanálisis podría reducirse en un nivel medio de abstracción, que sería algo intermedio entre la teoría y la técnica. Sugiere que examinemos distintos enfoques con respecto a las estrategias de intervención empleadas por diferentes terapeutas de cada grupo y que, de esta manera, sería posible alcanzar un acuerdo con respecto a alguna forma de intervención común. Supuestamente, esto daría lugar bien a la integración o bien a un nuevo modelo conceptual. En mi opinión, dicha síntesis, si ocurre alguna vez, sería más probable que se diese como un subproducto de la investigación programada, calculada, dentro de cada campo.

IV.6 *La terapia de conducta y la preponderancia del profesionalismo*

La AABT comenzó como un grupo de *interés* —y la palabra interés es muy importante, puesto que no conlleva ninguna implicación con respecto a la competencia clínica— en la comprensión y aplicación científicas, en vez de en el desarrollo del profesionalismo y de una mentalidad corporativista. Lamentablemente, por lo menos en mi forma de pensar, el rumbo seguido ha sido otro —al igual que ha sucedido con la American Psychological Association [Asociación Psicológica Americana]— y son las cuestiones clínicas, metodológicas y profesionales las que dominan el campo de la TC hoy día. Aunque la metodología y el «saber hacer» clínico han progresado significativamente en las últimas cuatro décadas, no ha habido un desarrollo paralelo similar del aspecto conceptual. Se ha escrito mucho sobre los pros y los contras de estas dos perspectivas opuestas (ver Franks, 1982, 1987a). Menos mal que la reciente formación de un Grupo de Interés Especial dentro de la AABT, orientado explícitamente hacia el impulso y el apoyo de intereses teóricos, filosóficos y conceptuales, refleja el comienzo de una vuelta, dentro de la terapia conductual, hacia el progreso del conocimiento, en vez de centrarse solamente en la potencia profesional.

Aunque estas actividades pueden influir, y de hecho lo hacen, en el terapeuta de conducta aplicado, es más probable que las futuras generaciones de terapeutas de conducta sean influidas por el entrenamiento que reciban. En principio, la TC no pertenece a una única disciplina. En la práctica, al menos en los EE UU, la mayoría de los programas formales y prolongados de entrenamiento (en contraposición con los programas especializados de breve duración o con el entrenamiento de paraprofesionales y ayudantes conductuales) tienen lugar, generalmente, dentro de la órbita de algunos programas doctorales cientificoaplicados de cinco años, a tiempo completo, en psicología clínica. Si dichos programas enfatizasen el progreso del conocimiento, de los conceptos y de la metodología, además de una adhesión secundaria a las técnicas y procedimientos, entonces sería más probable que los futuros terapeutas de conducta volvieran a nuestros principios originarios.

La mayoría de los terapeutas de conducta son psicólogos clínicos. Pero si la TC tiene que llegar a ser interdisciplinaria, necesitará tener un mayor peso en el entrenamiento de los psiquiatras y de los asistentes sociales. Los programas especializados de entrenamiento, de corta duración, para profesionales no conductuales son también importantes, en el supuesto de que esos entrenamientos centrados en las técnicas no sean considerados como habilitaciones para conseguir la etiqueta de «terapeuta de conducta», como tal.

Los puntos débiles que se encuentran actualmente en el entrenamiento de los terapeutas de conducta parecen caer dentro de tres grandes áreas. En primer lugar, la mayoría de los terapeutas de conducta no reciben entrenamiento para llevar a cabo investigación clínica (Barlow, 1981). En segundo lugar, raramente se da a los terapeutas de conducta una comprensión adecuada de la psicopatología desde una perspectiva conductual y no son entrenados adecuadamente en la práctica de un diagnóstico satisfactorio (Hersen, 1981). En tercer y último lugar, puede ser que los terapeutas de conducta no estén preparados para vérselas con las reacciones negativas del paciente y con la mejoría de las relaciones paciente-terapeuta (p.ej., Kazdin y Cole, 1981; May y Franks, 1985).

IV.7. *Cuestiones éticas, legales y de licencia de la terapia de conducta*

Las cuestiones de licencia, legales e, incluso, éticas dependen básicamente de la situación. La extrapolación a un medio diferente es arriesgado. Aunque los valores pueden mantenerse por medio de la legislación, el mayor impulso tiene que provenir de los responsables del entrenamiento y de los que se dedican a la práctica, en cada país en que se planteen estas cuestiones. También es necesario hacer notar que la ética de la TC no es diferente de la de otras profesiones pertenecientes al ámbito de la salud mental. Sin embargo, es el énfasis en cuantificación, en la claridad, en la objetividad y en la sensibilidad a los determinantes internos y externos lo que convierte en única a la TC.

En los comienzos del desarrollo de la TC, Bandura (1969) distinguió entre valores y ciencia. Los valores, señalaba Bandura, contribuyen a la selección del objetivo, mientras que la ciencia dirige la selección de procedimientos.

Al hacer esta distinción, Bandura evadió la cuestión de si la TC, el estudio científico del cambio de conducta, es o no independiente de las consideraciones éticas. Hoy día existe el consenso de que no pueden evadirse las consideraciones éticas en la aplicación de la tecnología conductual (p.ej., Farkas, 1980; Kanfer y Grimm, 1980). Si la aplicación de cualquier tecnología está repleta de valores y no se pueden aplicar, de forma exclusiva, formulaciones estrictamente lógicas, entonces los terapeutas de conducta deberían

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

conductual, a la psicología evolutiva de todo el ciclo vital, una huida del reduccionismo y al enfoque de sistemas». Dentro de este contexto, el desarrollo se convierte en un proceso interactivo en el que tanto el organismo como el ambiente son participantes activos.

En consistencia con la formulación anterior, se encuentra el resurgimiento del interés en la, durante mucho tiempo olvidada, psicología interconductual de Kantor (1959). Con la excepción de algunos de los más importantes terapeutas de conducta de México y de ciertas áreas de Latinoamérica, Kantor ha sido olvidado o incomprendido. Esto se debe, en parte, a causa de su prematura insistencia en que la teoría y la terapia conductuales deben ser tan científicas como las ciencias físicas y que el conductismo es un primer paso necesario, pero está lejos de ser el objetivo final. Kantor, una figura no muy conocida en psicología a pesar de su notable productividad, fue un conocido crítico del dualismo metafísico. En su lugar, Kantor ofrecía una teoría conductual de campo con un lugar importante para el organismo, centrándose en las interacciones recíprocas y simultáneas entre el organismo y el ambiente. Para Kantor, el sujeto de la psicología era la coordinación holista y natural de todo el organismo. No hay una relación artificial y exclusivamente lineal uno-a-uno entre el estímulo y la respuesta (ver Ruben, 1986; Ruben y Delprato, 1987). Es importante reconocer y comprender la posición de Kantor de que una perspectiva holista no tiene que implicar una vuelta a una forma de pensamiento confuso, un déficit que embrolla los objetivos generalmente loables del terapeuta de «sistemas».

Lo que añade todo esto es que la TC se está construyendo de forma lógica, e incluso predecible, sobre sus fundamentos. El énfasis original en la cuantificación, el pensamiento riguroso pero receptivo, la metodología científica y la teoría del aprendizaje siguen siendo, prácticamente, los mismos. Lo que ha cambiado ha sido la complejidad de los problemas abordados y, con ello, la necesidad de adoptar una perspectiva multidimensional, interdisciplinaria, que tenga en cuenta los datos, las formulaciones e incluso las metodologías provenientes de disciplinas encuadradas, en otros tiempos, fuera del campo de la TC tradicional. Una importante tarea, con la que se enfrenta la TC hoy día, consiste en cómo tener en cuenta estos desarrollos innovadores e incorporarlos a un modelo general que retenga el espíritu de la integridad científica que llevó a la TC a estar en una posición de privilegio. Esta vibrante dualidad es lo que caracteriza lo mejor de la TC de hoy día y el desafío para el futuro. Estos horizontes en continua expansión, ¿nos llevarán a algún tipo de armonía conceptual o quizás a una fragmentación final? Sólo el futuro lo decidirá. Si el creciente interés en estas cuestiones y los numerosos congresos, revistas y asociaciones dedicados exclusivamente a la TC son índices válidos, entonces nuestra, todavía joven, disciplina se encuentra viva y coleando e incluso con un próspero aspecto. Probablemente tengamos un brillante futuro ante nuestros ojos.

VI. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Erwin, E., *Terapia de conducta,* Madrid, Pirámide, 1985. (Or.: 1978)

Eysenck, H. J. y Martin, I., *Theoretical foundations of behavior therapy,* Nueva York, Plenum Press, 1987.

Fishman, D. B., Rotgers, F. y Franks, C. M. (comps.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise,* Nueva York, Springer, 1988.

Reiss, S. y Bootzin, R. R. (comps.), *Theoretical issues in behavior therapy,* Nueva York, Academic Press, 1985.

Wilson, G. T. y Franks, C. M. (comps.), *Contemporary behavior therapy: conceptual and empirical foundations,* Nueva York, Guilford Press, 1982.

2. SOBRE LOS ASPECTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

ALAN E. KAZDIN

I. INTRODUCCIÓN

La *terapia de conducta* o *modificación de conducta* [1] refleja un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptativa. En la literatura contemporánea se puede identificar una serie de posiciones conceptuales y teóricas, enfoques metodológicos y técnicas de tratamiento, diferentes (Bellack y Hersen, 1985; Fishman, Rotgers y Franks, 1988). El campo ha aumentado enormemente su especialización a lo largo de los aproximadamente treinta años transcurridos desde su origen. Cuando la modificación de conducta surgió formalmente, había un consenso que se centraba en los aspectos comunes de las distintas posiciones. Hoy día, es difícil detectar los restos de un enfoque unitario y un solo movimiento. Con seguridad, los fundamentos de la modificación de conducta reflejan diversas posiciones conceptuales sobre la conducta. Con el tiempo, éstas se han vuelto más explícitas y se han ido desarrollando más en la literatura contemporánea.

El surgimiento de la modificación de conducta puede rastrearse históricamente por medio de la discusión de muchas de sus influencias. Realmente, no se pueden ignorar los factores contextuales críticos, especialmente aquellos que reflejan la progresiva insatisfacción, dentro de la psicología clínica y de la psiquiatría, con respecto a los puntos de vista tradicionales sobre la conducta anormal y su tratamiento. Las posiciones psicodinámicas, y más específicamente las psicoanalíticas, eran una fuente de descontento y proporcionaban un punto de arranque para el desarrollo de un «nuevo» enfoque (ver Kazdin, 1978). Este descontento proporciona un telón de fondo contra el que se pueden examinar los desarrollos críticos.

Los factores contextuales son muy diferentes de los fundamentos del trabajo contemporáneo. Los fundamentos pueden examinarse a diferentes nive-

---

La realización de este capítulo fue facilitada por una *Research Scientist Development Award* (MH00353) del National Institute of Mental Health

Universidad de Yale (EE UU)

[1] Los términos *modificación de conducta y terapia de conducta* se emplean de forma sinónima en el presente capítulo. Históricamente, estos términos se han desarrollado desde distintos enfoques teóricos, dependiendo de diferentes técnicas básicas de tratamiento, de la manera en que se aplican las técnicas y de los países en los que han surgido las técnicas (Franzini y Tilker, 1972; Keehn y Websten, 1969; Krasner, 1971; Yates, 1970). Sin embargo, dicha distinción y sus fundamentos no se han adoptado de forma consistente.

les. En el nivel más molecular, se podrían localizar intervenciones específicas de uso contemporáneo y sus conexiones con paradigmas teóricos y de laboratorio. Este enfoque tiene obviamente su valor, puesto que determinadas técnicas en terapia de conducta se obtuvieron de forma bastante directa a partir de esos paradigmas. Sin embargo, con el paso de los años muchas de las conexiones específicas se han vuelto menos claras. Tanto los paradigmas de laboratorio como las técnicas de tratamiento se contemplan con mayor complejidad. El «condicionamiento clásico», por ejemplo, ya no se ve como un simple medio mecanicista y asociativo de aprendizaje (p.ej., Rescorla, 1988), como se ha representado frecuentemente en la modificación de conducta. Igualmente, técnicas fundamentales como la desensibilización sistemática, desarrolladas a partir de paradigmas de contigüidad, ya no parecen explicarse bien por los planteamientos de aprendizaje originales de los que se sacaron (p.ej., Emmelkamp, 1982b).

Al rastrear los fundamentos de la modificación de conducta contemporánea, es útil considerar los rasgos centrales que subyacen al movimiento y al trabajo contemporáneos. A un nivel más molar, se pueden identificar dos amplias características. Éstas consisten en el empleo de métodos empíricos («objetivos») de investigación y en la confianza en la psicología del aprendizaje como un punto de arranque para el tratamiento. En la investigación psicológica no pueden separarse el desarrollo de métodos objetivos y el desarrollo de métodos de aprendizaje . El movimiento hacia una psicología más objetiva tuvo lugar, en gran medida, en el contexto de la investigación del aprendizaje. De este modo, el desarrollo de un enfoque metodológico y el establecimiento de unos fundamentos explícitos se encuentran entrelazados. El capítulo presente se centra en los fundamentos del trabajo contemporáneo y discute las bases de la modificación de conducta como un enfoque de tratamiento. En vez de identificar los paradigmas específicos, el capítulo se centra en dos temas subyacentes, es decir, el desarrollo de métodos objetivos de estudio y la psicología del aprendizaje. Estos temas sirven como los fundamentos del trabajo contemporáneo. El capítulo examina el surgimiento de la investigación experimental, las extensiones de los paradigmas de la investigación experimental, y el desarrollo formal de estas extensiones como un movimiento.

II. LOS FUNDAMENTOS DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

En el siglo XIX, el desarrollo de las ciencias biológicas y físicas influyó notablemente en la psicología. La investigación biológica empezó a progresar identificando las bases de determinadas enfermedades orgánicas y su tratamiento. El estudio del cerebro y de su relación con las funciones humanas (p.ej., el habla, la memoria y la conducta) aumentó en esta época. La teoría y la investigación de la física mantenían un enfoque científico básico para comprender la materia física. También, el desarrollo de la teoría sobre la evolución, realizado por Darwin (1859, 1871), tuvo su impacto no sólo sobre las ciencias biológicas, sino también sobre las ciencias sociales. Darwin enfatizó la adaptabilidad de los organismos a su ambiente y la continuidad de las especies, ideas que influyeron directamente sobre la investigación en psicología. Un tema común, sobre el que actuaron distintas influencias, fue el que la ciencia y el enfoque científico proporcionan los medios para comprender el mundo. Muchos de los principios y de los enfoques del conductismo reflejaban un amplio movimiento hacia una mayor valoración de la ciencia y un enfoque materialista y mecanicista respecto a los temas de las ciencias físicas, biológicas y sociales. También, la psicología del aprendizaje empezó a surgir como la base crítica para la comprensión de la conducta.

II.1. *El condicionamiento como un desarrollo crítico*

Al comienzo del siglo XIX, aumentó en Europa la influencia de la experimentación e investigación científicas. El movimiento se extendió hasta Rusia, principalmente a través del trabajo neurofisiológico de Ivan M. Sechenov (1829-1905). Sechenov, considerado «el padre de la fisiología rusa», estaba interesado en temas relevantes para la psicología, que en aquella época era, en gran medida, un área de especulación y exploración subjetivas sobre los estados de la conciencia. Creía que el estudio de los reflejos representaba un punto en el que la psicología y la fisiología podían converger. Sechenov (1865/1965) sugirió que la conducta podía explicarse por medio de varios «reflejos del cerebro». Sechenov mantenía que los complejos reflejos que explicaban la conducta se desarrollaban por medio del *aprendizaje.* Distintos estímulos del ambiente se llegaban a asociar con los movimientos musculares; la asociación repetida de los estímulos con los movimientos hacía que los actos se volviesen habituales. Los puntos de vista generales de Sechenov sobre la conducta reflejaban posiciones que más tarde serían adoptadas por conductistas como John B. Watson y B. F. Skinner. La conducta se consideraba como una función de los acontecimientos ambientales y del aprendizaje.

Básicamente, Sechenov proporcionó dos contribuciones, relacionadas entre sí, a los fundamentos de la investigación conductual. Primero, defendió el estudio de los reflejos como una manera de abordar los problemas de la psicología. Creía que el estudio de los reflejos proporcionaba las bases para la comprensión de la conducta. Segundo, defendía la aplicación de los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología. Pensaba que

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Bechterev, un contemporáneo de Pavlov, que estaba también influido por Sechenov, desarrolló un programa de investigación que aplicaba los métodos de la fisiología al estudio del funcionamiento del cerebro. La mayoría del trabajo de Bechterev se centró en los reflejos del sistema motor (es decir, de los músculos estriados), en vez de en las glándulas y el sistema digestivo estudiados por Pavlov. Bechterev también se encontró con los reflejos condicionados (a los que se refirió como «reflejos asociativos») e investigó los procesos asociados con su desarrollo. Curiosamente, el método de Betcherev era más fácilmente aplicable a la conducta humana que el método de Pavlov, ya que empleaba una descarga eléctrica y la flexión del músculo como el estímulo incondicionado y la respuesta incondicionada, respectivamente. La intervención quirúrgica especial y la evaluación de la salivación, requeridas por los primeros métodos de Pavlov, eran más difícilmente aplicables a los seres humanos, por razones obvias. Betcherev (1913), más que Pavlov y Sechenov, desarrolló la idea de que el condicionamiento podía explicar una variedad de conductas humanas y que proporcionaba una base objetiva para la psicología. Betcherev creía que los temas de la psicología podían estudiarse examinando los reflejos y desarrolló lo que él consideraba una disciplina separada, a la que se refería como «reflexología» (Betcherev, 1932). La reflexología abordó muchos problemas de la psicología, incluyendo explicaciones sobre la personalidad y sobre la conducta normal y desviada.

El desarrollo del condicionamiento en Rusia es, obviamente, crítico para los fundamentos de la modificación de conducta. El surgimiento del condicionamiento a partir de la fisiología es significativo, puesto que los métodos objetivos de la investigación fisiológica proporcionaron una alternativa respetable a los métodos introspectivos, subjetivos, de la psicología. También, el papel del aprendizaje asumió una mayor importancia en la explicación de la conducta. Sechenov, Pavlov y Betcherev señalaron la importancia del ambiente como fuente de conductas.

Pavlov estableció relaciones, en forma de leyes, en el condicionamiento y proporcionó años de investigación sistemática, años durante los que se elaboraron muchos procesos básicos. Betcherev también llevó a cabo trabajos básicos sobre el condicionamiento, pero se distingue más fácilmente por su interés en la aplicación del condicionamiento como una base conceptual para la conducta —toda la conducta— y para el tratamiento de la conducta anormal. Para remplazar a la psicología, Betcherev desarrolló una nueva disciplina, la reflexología, que tuvo un considerable impacto en Rusia. La reflexología, en sí misma, no tuvo mucho impacto directo en la psicología de los Estados Unidos. Sin embargo, el movimiento conductista de Estados Unidos se apoyó notablemente sobre la reflexología y proporcionó la desviación radical que Betcherev había contemplado para la investigación psicológica.

II.2. *El surgimiento del conductismo*

El trabajo sobre el condicionamiento en Rusia era parte de un movimiento más amplio hacia un aumento del objetivismo y del materialismo dentro de las ciencias. Este movimiento más amplio tomó la forma del conductismo en los Estados Unidos, tal y como lo adoptó Watson (1878-1958). El interés inicial de Watson era la psicología animal, que se había beneficiado de los métodos experimentales objetivos característicos de la fisiología en un grado mucho mayor que otras áreas de la psicología. Conforme continuaba con su investigación, Watson se fue convenciendo cada vez más de que la psicología animal era una ciencia objetiva, que podía funcionar independientemente de la característica mentalista de otras áreas de la psicología. En esa época, la psicología seguía la escuela del funcionalismo, que analizaba la conciencia. Se había empleado la introspección para examinar las operaciones de la conciencia, haciendo que la gente «observase» sus propios procesos mentales. Watson criticó el estudio de la conciencia por medio de la introspección, como algo extremadamente mentalista y subjetivo.

Básicamente, Watson cristalizó un movimiento hacia el objetivismo que ya estaba en marcha. El movimiento hacia métodos de investigación objetiva se encontraba claramente en marcha en la psicología animal y comparativa, que se había extendido notablemente al final del siglo XIX. Especialmente destacable entre los muchos ejemplos disponibles es el trabajo de Edward L. Thorndike (1874-1949), que investigó el aprendizaje en diversas especies de animales hacia el final de la última década del siglo XIX. También, Robert Yerkes (1876-1956) empezó a investigar sobre distintas especies y ayudó a introducir el método de condicionamiento de Pavlov en la psicología de los Estados Unidos (Yerkes y Morgulis, 1909).

La posición de Watson, desarrollada en los primeros años del siglo XX, mantenía que la psicología era puramente objetiva y experimental y excluía a la introspección como método de estudio y a la conciencia como tema apropiado (Watson, 1913, 1914). Watson tuvo muchos puntos de vista específicos sobre una variedad de temas de la psicología. Fue importante mostrar que el conductismo podía abordar distintos temas de la psicología, como los pensamientos, las emociones y los instintos. Los puntos de vista que Watson proclamó pueden distinguirse fácilmente de los principios metodológicos, los cuales ejercieron el impacto más duradero sobre el conductismo. Estos principios metodológicos eran muy similares a aquellos adelantados por Sechenov, Pavlov y Betcherev, quienes habían defendido anteriormente la sustitución de la investigación especulativa e introspectiva de estados subjetivos por el estudio objetivo de la conducta manifiesta. El propio trabajo de Watson sobre el condicionamiento había sido estimulado directamente por las tra-

dían los animales nuevas respuestas que no se encontraban inicialmente en su repertorio. Entre los muchos y cuidadosos experimentos, el más conocido es su trabajo con gatos que aprendían a escapar de una jaula para obtener comida. Por medio del «ensayo y error», los gatos se volvieron cada vez más habilidosos para escapar de la jaula. Sobre la base de su extensa investigación, que mostraba la influencia de las consecuencias sobre la conducta y de la práctica repetida, Thorndike formuló varias «leyes del aprendizaje». La más influyente desde el punto de vista de la investigación actual fue la *ley del efecto,* que señalaba que las «consecuencias satisfactorias» fortalecían el lazo entre un estímulo y una respuesta y que las «consecuencias molestas» debilitaban dicha conexión (Thorndike, 1931). Aunque las distintas leyes que Thorndike desarrolló evolucionaron con el curso de su trabajo (Thorndike, 1932, 1933), la importancia de las consecuencias positivas para el fortalecimiento de la conducta permaneció y ha tenido un constante impacto sobre los avances contemporáneos del aprendizaje y de la modificación de conducta.

En los años posteriores al conductismo, surgieron algunos otros teóricos y otras posiciones del aprendizaje. Guthrie, Tolman, Hull, Mowrer y Skinner proporcionaron puntos de vista especialmente influyentes sobre los avances de la psicología del aprendizaje y sobre aspectos de la modificación de conducta. Por ejemplo, Guthrie (1935) consideró al aprendizaje como una función del emparejamiento repetido de estímulos y respuestas. Creía que una respuesta podría establecerse emparejando repetidamente su ocurrencia con las condiciones estimulares deseadas. De igual manera, para eliminar una respuesta, se necesitan ejecutar nuevas respuestas en presencia de estímulos que habían evocado previamente otras respuestas (indeseables). Aparte de la investigación experimental, Guthrie adelantó recomendaciones prácticas para terminar con hábitos no deseados. Por ejemplo, para vencer el miedo, Guthrie recomendó el introducir gradualmente estímulos provocadores de miedo y emparejar respuestas incompatibles con el temor, con esos estímulos. Esta recomendación posee una clara similitud con la práctica contemporánea de la desensibilización sistemática. Realmente, la fuerte defensa por parte de Guthrie sobre la práctica repetida de las respuestas deseadas y sobre el emparejamiento de respuestas con condiciones estimulares apropiadas, puede verse en la aplicación de muchas técnicas conductuales contemporáneas.

También Mowrer (1947, 1960) estaba interesado en el desarrollo y la eliminación de la conducta de evitación y proponía la combinación de «dos factores» para proporcionar una explicación adecuada. Mowrer razonó que inicialmente el miedo se establece por medio del condicionamiento pavloviano. El miedo se desarrolla en el organismo y se reduce escapando de la situación a través del aprendizaje thorndikeano. La teoría de los dos factores proporcionó una explicación sobre un importante problema de la conducta humana, a saber, las reacciones de evitación. A partir de aquí, hubo implicaciones inmediatas para extender los conceptos del aprendizaje a la explicación de la conducta desadaptada de evitación y, quizás, al desarrollo de tratamientos basados en el aprendizaje.

De todos los individuos que pueden identificarse con una posición o teoría específica sobre el aprendizaje, quizás sea B. F. Skinner quien tenga el impacto más directo sobre la modificación de conducta contemporánea. El impacto es claramente aparente, porque los principios del condicionamiento operante desarrollados en la investigación de laboratorio, han sido extrapolados ampliamente a lugares aplicados (ver Kazdin, 1989). En las primeras décadas del siglo XIX, la distinción entre el aprendizaje pavloviano y el aprendizaje thorndikeano no estaba siempre clara. Las diferencias básicas entre los paradigmas de investigación se confundían debido a las distintas clases de respuestas que se estudiaban y a la investigación de paradigmas combinados de aprendizaje, en donde se mezclaban el condicionamiento operante y el respondiente. Se hicieron intentos para clarificar los diferentes tipos de aprendizaje, colocándolos bajo un único marco teórico o explicando su interrelación, como hicieron teóricos al estilo de Hull y Mowrer. Skinner (1935, 1937) colocó la distinción entre el aprendizaje respondiente y el operante en un primer plano y describió casos especiales en los que la distinción aparentemente no estaba clara (es decir, casos en los que las respuestas operantes son una función de estímulos antecedentes y el aprendizaje se haya bajo control discriminativo). Aunque la distinción entre estos tipos de aprendizaje no era nueva, la importancia y las implicaciones de esta distinción no habían sido establecidas.

Skinner (1938) empezó a desarrollar la conducta operante en una serie de estudios experimentales. Además de defender un determinado tipo de aprendizaje para la explicación de la mayoría de la conducta animal y humana, Skinner se asoció a un enfoque particular en la conceptualización de la materia de estudio de la psicología y en el desarrollo de la investigación. El enfoque, conocido como *análisis experimental de la conducta,* tendía a rechazar la teoría, a centrarse en la frecuencia o en la tasa de la respuesta, y a estudiar los organismos individuales empleando diseños experimentales especiales que se apartaban de la investigación habitual (Skinner, 1938, 1950, 1953b). Aparte del trabajo experimental, Skinner señaló la relevancia social y clínica de la conducta operante y, en mayor grado que otros teóricos, apuntó hacia posibles aplicaciones (Skinner, 1953a).

La psicología del aprendizaje ocupó un papel central en la investigación psicológica después del desarrollo del conductismo. Los distintos puntos de vista que se desarrollaron y la investigación que generaron, proporcionan los fundamentos de los enfoques generales y de las técnicas específicas en la modificación de conducta contemporánea. Realmente, muchos debates contemporáneos sobre la investigación conductual a menudo tienen un claro precedente en el desarrollo de la teoría del aprendizaje. Por ejemplo, el debate sobre la necesidad de variables intervinientes, de factores cognitivos, y las limitaciones de las explicaciones estímulo-respuesta sobre la conducta, reflejan cuestiones importantes en la historia de la psicología del aprendizaje (Spence, 1950) y sigue siendo un tema relevante en la modificación de conducta contemporánea (Reiss y Bootzin, 1985).

III. EXTENSIONES DEL CONDICIONAMIENTO Y DEL APRENDIZAJE

Poco después de comenzar la investigación sobre el condicionamiento, sus conceptos se extendieron mucho más allá de los paradigmas del laboratorio, de los que surgieron. Esas extensiones alcanzaron rápidamente a la conducta humana, siguiendo el temprano trabajo de Betcherev. Por ejemplo, en 1907 en Rusia y unos pocos años más tarde en los Estados Unidos, el condicionamiento, como método de estudio, se aplicó a niños normales y a niños mentalmente retrasados (ver Krasnogorski, 1925; Mateer, 1918). También distintos tipos de psicopatología se interpretaron sobre la base del condicionamiento y los métodos se extendieron al diagnóstico, estudio y tratamiento de determinadas poblaciones clínicas (ver Aldrich, 1928; Bechterev, 1923, 1932; Gant y Muncie, 1942). La relevancia del condicionamiento para la psicopatología, la personalidad y la psicoterapia se hizo cada vez más clara con el paso de los años. Una serie de acontecimientos, en especial, hacen resaltar esta evolución, incluyendo determinadas extensiones de paradigmas de laboratorio al estudio de la conducta perturbada, una serie de aplicaciones del condicionamiento a la conducta clínicamente relevante y las interpretaciones y extensiones del aprendizaje a la psicoterapia.

III.1. *Paradigmas y análogos de laboratorio*

Una extensión especialmente significativa del condicionamiento fue la investigación de la neurosis experimental, que consistía en estados inducidos experimentalmente que se parecían a la conducta neurótica encontrada en humanos. Las reacciones de los animales de laboratorio ante varios métodos que inducían la «neurosis» variaban, dependiendo de la especie, pero a menudo incluían evitación, retirada, aceleración de la tasa de pulso, de la tasa cardíaca y de la respiración, irritabilidad y otras reacciones que guardan cierto parecido con la ansiedad humana (ver Hunt, 1944). Las demostraciones iniciales de la neurosis experimental se desarrollaron, como parte de la investigación, en el laboratorio de Pavlov. En investigaciones separadas en 1912

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

III.2. *Aplicaciones clínicamente relevantes*

La investigación sobre el condicionamiento, con pocas excepciones, empezó con sujetos infrahumanos. Sin embargo, los métodos se extendieron a la conducta humana de distintas maneras. Entre las muchas extensiones que pueden citarse, algunas de ellas fueron especialmente significativas en la historia de la modificación de conducta. Una de las aplicaciones más influyentes del condicionamiento a la conducta humana se debe a Watson, que estudió las reacciones emocionales de los niños. Watson estaba interesado en las reacciones emocionales condicionadas, en parte para mostrar que los conceptos y los métodos conductuales podían emplearse para estudiar los sentimientos y la experiencia privada.

Watson y Rosalie Rayner comunicaron un influyente caso, en 1920, en el que se intentó condicionar el miedo en un niño de 11 meses llamado Alberto. Alberto no tenía miedo de toda una serie de estímulos, incluyendo una rata blanca, un conejo, un perro y otros que se le presentaron como parte de una batería de evaluación que se pasaba antes del estudio. La rata se seleccionó como un estímulo neutral porque, al igual que otros estímulos, no provocaba temor. El emparejar la presentación de la rata a Alberto con un fuerte ruido, producido al golpear una barra de acero con un martillo, provocaba una respuesta de sobresalto. Con sólo siete emparejamientos del estímulo condicionado (rata) y el estímulo incondicionado (ruido), la presentación de la rata sola provocaba que el niño llorase y se retirase. Además, la reacción de miedo se transfirió a otros objetos, incluyendo un conejo, un perro, un trozo de algodón y un abrigo de pieles, objetos que no provocaban temor antes de los ensayos de condicionamiento.

El caso fue muy significativo, puesto que se consideró que proporcionaba una clara evidencia de que los miedos pueden condicionarse. Las implicaciones de esa interpretación eran enormes, sugiriendo que el aprendizaje podría explicar los miedos y la conducta de evitación y, por implicación, que esas conductas podrían vencerse por medio de experiencias de aprendizaje alternativas. La significación del caso es especialmente notable, ya que los fenómenos que se produjeron se mostraron difíciles de replicar (Bregman, 1934; English, 1929). Además, el mismo estudio original no se cita habitualmente de forma correcta, de modo que los hallazgos reales se representan erróneamente (Harris, 1979). Finalmente, la cuestión de si el estudio demostró el condicionamiento respondiente, como se considera normalmente, puede ser fácilmente rebatida examinando los procedimientos reales que se emplearon (Kazdin, 1978). A pesar de estos aspectos críticos, el caso ejerció un impacto importante.

El informe original sobre Alberto fue sólo un primer paso y el significado completo de la demostración fue acentuado, tres años más tarde, por M. C. Jones, una estudiante que trabajaba bajo la dirección de Watson. Jones (1924b) relató el caso de Pedro, un niño de 34 meses, que era una continuación natural de Alberto. Básicamente, Pedro tenía miedo de los distintos estímulos a los que Alberto llegó a tener miedo debido al condicionamiento. La tarea era desarrollar formas de vencer los temores de Pedro. Como un conejo provocaba más temor que los otros estímulos en la situación de prueba, se empleó como el objeto temido durante el tratamiento. Se utilizaron varios procedimientos para vencer el miedo, principalmente la presentación gradual del conejo a Pedro, bajo condiciones no amenazantes. Mientras que Pedro comía, se le acercaba gradualmente una jaula con un conejo sin que le provocara miedo. El propósito era asociar estímulos (comida) y respuestas (comer) agradables con el objeto temido. Finalmente, Pedro no reaccionó adversamente cuando el conejo tuvo libertad para salir de la jaula y, lo que es más, jugaba con él.

Además del tratamiento con éxito de Pedro, Jones (1924a) publicó un informe más extenso que incluía diferentes métodos para tratar a niños institucionalizados que tenían una serie de temores (p.ej., estar solo, estar en una habitación oscura, y encontrarse cerca de pequeños animales). Dos métodos parecían tener éxito especialmente, a saber, el condicionamiento directo, en el que un objeto temido se asociaba con reacciones positivas (p.ej., como se había hecho con Pedro); y la imitación social, en donde niños que no tenían miedo modelaban una interacción sin temor con el estímulo.

Las demostraciones por parte de Watson, Rayner y Jones de que los miedos podían condicionarse y descondicionarse tenían, por sí mismas, una significación obvia. Así, los puntos de vista sobre la naturaleza del condicionamiento y los métodos de investigación proporcionaron un paradigma a seguir en el trabajo clínico. Los mismos investigadores eran explícitos al señalar las implicaciones de los hallazgos para los conceptos existentes sobre la psicopatología. Por ejemplo, Watson y Rayner (1920) se burlaron de las interpretaciones psicoanalíticas que podían ser aplicadas al miedo adquirido por Alberto, interpretaciones que se aplicaban a pesar del hecho de que el miedo se había condicionado en el laboratorio. De este modo, las demostraciones del condicionamiento y del descondicionamiento del miedo se colocaron en el campo más amplio de la psicopatología y su tratamiento y se plantearon como un desafío para los enfoques existentes.

vas técnicas de terapia que, en último término, tuvieron el mayor impacto sobre el trabajo actual. Sin embargo, la conceptualización de la psicoterapia existente como un proceso de aprendizaje y la aplicación seria de la investigación contemporánea sobre el aprendizaje, a la personalidad y a la psicoterapia, fueron unos primeros pasos muy importantes.

III.3.2. El condicionamiento verbal

El reexplicar simplemente la terapia convencional en términos del aprendizaje no estimuló mucho la investigación en psicoterapia. Sin embargo, las extrapolaciones del condicionamiento operante a la interacción diádica de la terapia, generó una considerable investigación que proporcionó un importante paso intermedio en su camino hacia las aplicaciones de los principios del aprendizaje para propósitos de tratamiento. De forma específica, los métodos operantes se investigaron en el contexto del condicionamiento verbal. Skinner había extendido los principios del condicionamiento operante a una variedad de conductas, incluyendo la conducta verbal, al comienzo de los años cuarenta. Skinner propuso que la conducta verbal era una operante mantenida por las consecuencias del que escucha (Skinner, 1953a, 1957).

La investigación de laboratorio empezó a examinar la influencia del experimentador sobre las verbalizaciones del sujeto. Al diseñar una situación experimental para investigar la conducta verbal humana se adoptó el modelo general de la investigación de laboratorio, en el que un animal que respondía recibía una consecuencia reforzante. La conducta verbal (p.ej., seleccionar pronombres cuando se construyen frases) sirvió como la respuesta y era seguida por reacciones del experimentador (p.ej., expresiones de «bien» o «mmm-hmm»). Distintos estudios mostraron que tipos específicos de habla y conversación podían ser influidos por las consecuencias proporcionadas por el que escucha (Greenspoon, 1962).

La investigación sobre el condicionamiento verbal comenzó en los años cincuenta y se realizó principalmente con estudiantes universitarios en una situación de tipo entrevista. En unos pocos años, el condicionamiento verbal se extendió a áreas de la investigación clínica, aplicando los métodos a distintas poblaciones clínicas y a situaciones de diagnóstico, en las que la conducta del paciente podía ser influida por el examinador. La extensión más importante del condicionamiento verbal se dio en situaciones que se parecían a la psicoterapia. La investigación sobre condicionamiento verbal se empleó en tareas que se parecían más a la conducta del paciente real (p.ej., hablar libremente en vez de construir frases), mientras que el terapeuta respondía a determinadas clases de palabras. Las clases de palabras aumentaron en el área clínica (p.ej., respuestas emocionales, expresiones de aceptación de uno mismo, expresiones «alucinatorias») y las poblaciones incluían pacientes psiquiátricos en vez de estudiantes universitarios. Se establecieron paralelismos cada vez mayores entre el condicionamiento verbal y la psicoterapia (Krasner, 1955, 1958, 1962), una analogía apoyada más tarde por hallazgos de que los terapeutas realmente respondían de forma selectiva a las conductas del paciente (Truax, 1966).

En general, el condicionamiento verbal proporcionó un análogo en donde se podían investigar los procesos aislados de la interacción diádica. El hecho de que la conducta verbal podía condicionarse sirvió para indicar el papel del aprendizaje de maneras concretas (es decir, cómo hablaba el paciente sobre las cosas) que fuesen relevantes para el cambio del paciente. Además, el condicionamiento verbal sustentaba un enfoque general de la conducta en la sesión de terapia, a saber, que la conducta podía ser parcialmente, o quizás incluso principalmente, una función de los determinantes externos en vez de los procesos intrapsíquicos. Aunque muchos investigadores pusieron en duda la similitud con la psicoterapia de las situaciones en las que se llevaba a cabo el condicionamiento verbal (Heller y Marlatt, 1969; Luborsky y Strupp, 1962), el hecho de que se pudieran establecer paralelismos de forma clara aumentó la importancia del aprendizaje en relación con los procesos terapéuticos. Igualmente, las demostraciones de que la conducta verbal podía ser modificada por las consecuencias proporcionadas por los demás, llevó a extensiones directas en el trabajo clínico con la modificación de la conducta verbal problemática, como el habla incoherente o irracional entre pacientes psicóticos (Ayllon y Michael, 1959; Isaacs, Thomas y Goldiamond, 1960; Rickard, Dignam y Horner, 1960).

IV. LA EXTENSIÓN DE LOS PARADIGMAS AL TRATAMIENTO

La extensión de los paradigmas de aprendizaje a los problemas de conducta era claramente evidente en el trabajo de Watson, Rayner, M. C. Jones y los Mowrers, por mencionar ejemplos especialmente prominentes. Estos investigadores no sólo aplicaron los principios del aprendizaje, sino que colocaron su trabajo en el contexto, más amplio, de la psicopatología y de la psicoterapia en general. Básicamente, consideraban que su trabajo representaba un nuevo enfoque de la psicopatología. De aquí que su trabajo inicial ilustre un movimiento hacia el tratamiento que es difícil de distinguir de conceptualizaciones y aplicaciones posteriores que fueron denominadas explícitamente modificación de conducta. Es difícil señalar una fecha determinada en la que la modificación de conducta surgió formalmente. No obstante, en los años cincuenta y sesenta, se pueden identificar distintos trabajos en los que el tratamiento estaba explícitamente unido a los fundamentos del aprendizaje y a los métodos objetivos de investigación. Algunos ejemplos presentarán la formalización del movimiento y las conexiones con los fundamentos de laboratorio mencionados anteriormente.

IV.1. *La desensibilización sistemática*

Realmente uno de los acontecimientos más significativos en el surgimiento de la modificación de conducta fue el trabajo de Wolpe en Africa del Sur. El desarrollo, por parte de Wolpe, de la desensibilización sistemática no sólo proporcionó una técnica innovadora, sino que de distintas maneras ayudó a cristalizar el cambio conceptual más amplio hacia la terapia de conducta. Wolpe estaba interesado en la psicología del aprendizaje como una fuente posible para comprender las reacciones neuróticas y para desarrollar técnicas de tratamiento. Estaba especialmente interesado en el trabajo de Pavlov y de Hull y empezó la investigación sobre la neurosis experimental con gatos, utilizando como punto de partida el trabajo de Masserman (1943).

Wolpe señaló que la reacción neurótica, establecida en los gatos, se extendía a situaciones diferentes a aquellas en las que se había inducido inicialmente la reacción. Algo interesante era que la gravedad de la reacción neurótica parecía ser una función de la similitud del entorno, en el que se encontraban los gatos, con el de la situación original. Cuanto más parecido era el lugar en el que se colocaban los gatos al sitio en el que se había establecido el miedo, más graves eran los síntomas. Para establecer inicialmente estas reacciones neuróticas, Wolpe asoció una descarga con la aproximación a la comida; finalmente, la reacción neurótica inhibía la conducta de comer. Este resultado sugería que el comer podría, bajo circunstancias diferentes, inhibir a la ansiedad; es decir, las dos reacciones podrían «inhibirse recíprocamente» (ver Wolpe, 1952, 1954).

Para vencer las reacciones neuróticas, Wolpe colocó a los animales en situaciones que se parecían, en distintos grados, a la situación original en la que se habían desarrollado las reacciones neuróticas, y proporcionaba oportunidades y ayudas físicas que alentaban a comer. Después de que se había restablecido la conducta de comer, Wolpe inducía la conducta de comer en lugares que se parecían mucho al sitio original, y continuaba con este procedimiento hasta que el animal podía comer libremente en el lugar original, sin ansiedad. Cuando se llevaba a cabo satisfactoriamente la conducta de comer en la situación original, se eliminaba el miedo.

Wolpe (1958) explicó las «curas» sobre la base de la inhibición de la reacción de ansiedad y formuló el principio general de la inhibición recíproca: «Si se puede conseguir que tenga lugar una respuesta antagónica a la

la relajación con la imaginación de la jerarquía de ítems). La especificidad del tratamiento propuesto por Wolpe, las conexiones con el laboratorio, y el apoyo en los paradigmas y en los conceptos del aprendizaje ayudaron en gran medida a formalizar la terapia de conducta. La formalización se logró cimentando el tratamiento con los fundamentos críticos de la psicología del aprendizaje.

IV.2. *Extensiones del condicionamiento operante*

En los años cincuenta y sesenta, el condicionamiento operante se extendió a la conducta humana a lo largo de una serie de frentes diferentes. Las aplicaciones ilustran una progresión sistemática, comenzando con las extensiones conceptuales de los principios operantes, siguiendo con las extensiones de los métodos operantes a la experimentación con humanos, hasta las aplicaciones clínicas directas.

Para empezar, el alcance del condicionamiento operante se reflejaba en las extensiones conceptuales a diversas áreas de la conducta humana (p.ej., Keller y Schoenfeld, 1950; Skinner, 1948). Por ejemplo, el libro de Skinner, *Ciencia y conducta humana* (1953a) explicaba el papel de los principios del condicionamiento operante en el gobierno, en la ley, en la religión, en la psicoterapia, en la economía y en la educación. De especial interés fueron sus extensiones a la psicoterapia, que sugerían que las contingencias de reforzamiento por el terapeuta constituían el principal responsable de cualquier cambio que se lograse en el paciente.

Al principio de los años cincuenta, Ogden R. Lindsley y Skinner empezaron a aplicar métodos operantes a pacientes psicóticos. Estudiaron, de modo individual, a pacientes adultos e infantiles así como a personas «normales», en una cámara experimental, con el fin de evaluar los efectos del reforzamiento. La cámara permitía la ejecución de una respuesta simple (tirar de un émbolo) seguida por el reforzamiento (p.ej., la entrega de dulces o cigarrillos). La conductas de los pacientes individuales se evaluaba diariamente durante extensos períodos (hasta varios años para algunos pacientes), sobre la base del grado de respuesta del paciente a las contingencias operantes. Aunque el propósito de la investigación era simplemente extender los métodos operantes a la conducta humana, las implicaciones clínicas fueron evidentes. La conducta sintomática (p.ej., alucinaciones) interfería en ocasiones con la conducta operante. El desarrollar respuestas hacia el aparato competía con las conductas sintomáticas y de aquí que disminuyesen los síntomas. En general, el significado de esta extensión inicial fue la aplicación de los métodos científicos a una investigación de la conducta de pacientes psicóticos y de su grado de respuesta a distintas manipulaciones experimentales (Lindley, 1956, 1960).

En las décadas de los años cincuenta y sesenta, el condicionamiento operante se extendió como un método para estudiar la conducta (p.ej., Barrett y Lindsley, 1962; Bijou, 1957; Ferster y DeMyer, 1961) y para modificar la conducta con objetivos aplicados (p.ej., Barrett, 1962; Baer, 1962; Flanagan, Goldiamond y Azrin, 1958). A mediados y finales de la década de los sesenta, los métodos de condicionamiento operante se habían extendido a diversas poblaciones en la escuela, en los hospitales psiquiátricos y en las instituciones para pacientes mentalmente retrasados.

V. LA FORMALIZACIÓN DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

La terapia de conducta se convirtió en un movimiento visible a principios de los años sesenta. Aunque es difícil marcar el punto en el que el movimiento se hizo identificable, determinadas publicaciones parecen haber cristalizado los avances existentes. Eysenck (1960) publicó, como compilador, el primer libro que incluía el término *terapia de conducta* en el título, juntando distintos escritos que aplicaban los principios del aprendizaje a problemas terapéuticos [3]. La identificación del campo fue delimitada más tarde en 1963, cuando Eysenck puso en marcha la primera revista de terapia de conducta, *Behaviour Research and Therapy*. En unos pocos años, surgieron varias publicaciones más, juntando las aplicaciones terapéuticas que se basaban en el aprendizaje. La conexión con los paradigmas de laboratorio, enfatizando el papel del aprendizaje y los métodos objetivos de estudio, estaba clara en las primeras publicaciones del campo (p.ej., Eysenck, 1964; Franks, 1964; Staats, 1964; Wolpe, Salter y Reyna, 1964).

A principios de la década de los sesenta, la terapia de conducta se había convertido en un movimiento formal, extendiéndose las ideas a través de distintos límites conceptuales y geográficos. La terapia de conducta provenía de distintos desarrollos, incluyendo diferentes enfoques teóricos y técnicas de tratamiento. Sin embargo, se extrajeron denominadores comunes del enfoque para proporcionar unidad al campo. Esos denominadores consistían en un enfoque hacia el tratamiento que se apoyaba en el aprendizaje, como un

---

[3] Aparentemente Lindsley y Skinner fueron los primeros en emplear el término *terapia de conducta* (Skinner, Solomon y Lindsley, 1953; Skinner, Solomon, Lindsley y Richards, 1954). Sin embargo, el término permaneció en informes sin publicar, por lo que no recibió una amplia circulación. El término se hizo popular principalmente por medio de los primeros escritos de Eysenck (1959, 1960) sobre el tema. Lazarus (1958) había utilizado el término antes que Eysenck, pero no se había adoptado su empleo ni se le había dado publicidad.

El análisis aplicado de la conducta es un enfoque diferente dentro de la terapia de conducta, ya que descansa principalmente sobre la herencia metodológica y de contenido del condicionamiento operante y del análisis experimental de la conducta. El énfasis se coloca sobre los acontecimientos antecedentes y consecuentes; se evitan los estados mediacionales, los acontecimientos privados y las cogniciones. El tratamiento se centra en modificar los antecedentes y las consecuencias, con el fin de cambiar la conducta problema. El análisis aplicado de la conducta también está caracterizado por un enfoque metodológico singular e incluye la evaluación experimental de la actuación de los sujetos empleando normalmente diseños intrasujeto de medidas repetidas, en lugar de los diseños entre grupos. El análisis aplicado de la conducta incluye una serie de técnicas que se basan en el reforzamiento, el castigo, la extinción, el control del estímulo y en otros principios derivados de la investigación de laboratorio (Cooper, Heron y Heward, 1987).

La terapia de conducta cognitiva es un enfoque que pone en un primer plano a los pensamientos, a las creencias y a la suposición de que la gente moldea activamente su propio ambiente. La conducta desadaptativa se considera el resultado de cogniciones erróneas y la terapia se centra en eliminar estas cogniciones y remplazarlas por pensamientos y creencias que fomenten una conducta más adaptativa. Aunque la conducta se considera un resultado de los procesos cognitivos simbólicos, a menudo se emplean métodos conductuales para modificar estos procesos cognitivos, como, por ejemplo, el recibir consecuencias reforzantes por expresar autoverbalizaciones que fomenten las conductas deseadas. Entre las distintas posiciones existentes, los modelos con base cognitiva son los que han recibido más atención en la última década (ver Fishman y cols., 1988).

V.1.2. Dimensiones adicionales

La diversidad de la terapia de conducta puede resaltarse señalando brevemente varias dimensiones. Por ejemplo, las técnicas de terapia de conducta varían en el grado en que se apoyan en la teoría psicológica y en los hallazgos de laboratorio. Muchas técnicas provienen de la teoría en un sentido amplio, como el aprendizaje E-R, el condicionamiento operante y las teorías cognitivas. Otras técnicas no se apoyan en la teoría. Realmente, algunos autores no han alentado que los recursos se obtengan únicamente de la teoría y de la investigación básica. Por ejemplo, Lazarus (1971) ha sugerido que la terapia de conducta debería incluir técnicas útiles para el tratamiento, se obtengan o no de la teoría o de la investigación de laboratorio. Finalmente, otras técnicas han surgido de una orientación general del aprendizaje, pero se han desarrollado a partir de la práctica real en lugares aplicados (Azrin, 1977). En resumen, las técnicas de terapia de conducta difieren notablemente en el grado en que provienen de los paradigmas de la teoría o de la investigación de laboratorio.

VI. CONCLUSIONES

Cuando la terapia de conducta surgió inicialmente como un movimiento formal, abarcaba diferentes posiciones conceptuales y distintas técnicas de tratamiento. Sin embargo, las diferencias que había en el origen del movimiento se pasaron por alto para fomentar las características comunes más importantes, a saber, los procedimientos de tratamiento basados en el aprendizaje y una alternativa conceptual a los enfoques intrapsíquicos. Las primeras definiciones subrayaban los lazos de la terapia de conducta con la teoría del aprendizaje y con los principios del condicionamiento, como ingrediente común. Cuando la terapia de conducta se desarrollaba inicialmente, disfrutaba de la claridad engañosa asociada a menudo con la juventud. La polaridad de los enfoques intrapsíquicos y conductuales parecía clara, tanto si se discutía a un amplio nivel conceptual (p.ej., teorías psicoanalíticas *versus* teorías conceptuales) como si se hacía en relación a fenómenos clínicos específicos (p.ej., sustitución del síntoma). Igualmente, los defensores de la modificación de conducta consideraban que los fundamentos de la «teoría del aprendizaje», a menudo tema de debate, proporcionaban una base mucho más firme que las «arenas movedizas» conceptuales que ofrecía el psicoanálisis.

Con el paso de los años, la teoría, la investigación y la experiencia clínicas han modificado, de muchas formas, las características básicas del enfoque. Aunque el aprendizaje ha representado un énfasis crítico, las ambigüedades a nivel teórico en el más básico de los paradigmas, como es el condicionamiento clásico (p.ej., Rescorla, 1988), hacen que los fundamentos no estén muy claros. Igualmente, se reconoce más fácilmente que la relación de técnicas conductuales específicas con teorías del aprendizaje o con modelos de laboratorio está forzada. La intolerancia sobre los enfoques psicodinámicos se ha moderado. La tendencia hacia posiciones cognitivas dentro de la modificación de conducta ha ido emparejada con una orientación más amplia respecto a la integración de muchos enfoques teóricos. El acercamiento y la integración de enfoques anteriormente opuestos se discute y se defiende activamente (p.ej., Arkowitz y Messer, 1984; Goldfried, 1982b; Wachtel, 1977). El objetivo de desarrollar un enfoque conductual claro y distinto se ha convertido en algo subordinado a la tarea de comprender los fenómenos clínicos y a la de fundamentar y comprobar posiciones teóricas diversas.

La modificación de conducta se ha desarrollado notablemente en los treinta años transcurridos desde su origen. El campo no se puede caracterizar con precisión apuntando a un conjunto particular de teorías o áreas de la psicología como las bases para el tratamiento. Una de las características principales de la modificación de conducta contemporánea es un enfoque empírico sobre el tratamiento y su evaluación. Curiosamente, este rasgo común de los enfoques dentro de la terapia de conducta refleja los principios metodológicos generales del conductismo, a los que se puede remontar el movimiento en general. Dentro del enfoque metodológico general, se alienta la diversidad dentro del campo, tanto a niveles conceptuales como a niveles técnicos. Se da la bienvenida a nuevos enfoques siempre que estén sujetos a la evaluación empírica. Por otra parte, la modificación de conducta no defiende un empirismo ciego con respecto a la psicoterapia, puesto que muchas técnicas y procedimientos difícilmente se pueden deducir a partir de la psicología científica en general y de las teorías del aprendizaje en particular.

Los fundamentos de la modificación de conducta pueden remontarse fácilmente a modelos de aprendizaje específicos y a principios metodológicos con los que dichos modelos estaban asociados. Permanece el fuerte énfasis en la investigación empírica. Sin embargo, los lazos con modelos de aprendizaje específicos se han vuelto forzados. Esta cuestión se ha discutido anteriormente en el desarrollo de la modificación de conducta (p.ej., Breger y McGaugh, 1965, 1966). En años más recientes, la fortaleza de los enfoques conductuales se ha obtenido a partir de la investigación acumulada, que se vale por sí misma. De este modo, los modelos del aprendizaje en los que se apoyaba el enfoque conductual son contemplados, con menos frecuencia, como aspectos centrales.

VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Bayés, R. y Pinillos, J. L., *Tratado de psicología general 2: Aprendizaje y condicionamiento*, Madrid, Alhambra, 1989.

Fishman, D. B., Rotgers, F. y Franks, C. M. (comps.), *Paradigms in behavior therapy: present and promise*, Nueva York, Springer, 1988.

Kazdin, A. E., *Historia de la modificación de conducta*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983. (Or.: 1978).

Kazdin, A. E., *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*, México, El Manual Moderno, 1978. (Or.: 1975).

Keller, F. S. y Schoenfeld, W. N., *Fundamentos de psicología*, Barcelona, Fontanella, 1975. (Or.: 1950).

Whaley, D. L. y Malott, R. W., *Psicología del comportamiento*, Barcelona, Fontanella, 1978. (Or.: 1971).

Tarpy, R., *Aprendizaje y motivación animal*, Madrid, Debate, 1986. (Or.: 1982).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

de los golpes» (p. 79). Dicho esto, lo relevante aquí es apreciar la proyección clínica y educativa de sus planteamientos.

En cuanto a la proyección clínica, un aspecto de interés ha sido puesto de relieve por Zilboorg y Henry (1941, pp. 179-195). Al caracterizar la «primera revolución psiquiátrica», reconocen en Vives el principal humanista que ha dirigido la atención hacia los asuntos sociales y culturales de la época. La transcendencia de esto está en ver la condición humana dentro de la cultura (frente a la gracia divina) y en el cultivo del alma (frente a la glorificación religiosa). En este sentido, Vives sugiere que los remedios deben acomodarse a las condiciones de vida. Unos necesitarán un tratamiento amistoso, otros instrucciones (y otros fuerza y cadenas, si son violentos). Pero sobre todo, lo que se debe proporcionar es tranquilidad, tanto como sea posible. Ha de recordarse que esto está escrito cuarenta y tantos años después del Malleus Maleficarum.

Otro aspecto concierne a las pasiones. El libro III del *Tratado del alma* analiza, en términos psicológicos, una amplia lista de afectos tradicionalmente en el dominio de la moral. Es el primer estudio moderno de las pasiones, antecesor del tratado de Descartes (Guy, 1972, pp. 61-67). Un hito de esta proyección clínica se encontrará cincuenta años después en M. Sabuco.

La proyección educativa tiene también dedicación en un capítulo del *Tratado del alma* titulado «De la manera de aprender», donde, al considerar los sentidos como los primeros maestros, se sitúa en la perspectiva de las condiciones de lo que hay que enseñar, es decir, en la facilitación de la tarea. De todos modos, su obra básica sobre la educación es el *Tratado de la enseñanza* (1531). Identifica la cuestión principal de la enseñanza con la actividad del alumno. «Hay que presentar al niño las cosas de tal modo que se manifieste su inteligencia con movimientos y con actos, pues nada cabe juzgar en estado de quietud» (*Tratado de la enseñanza,* p. 36). Así, recomienda la elaboración del propio libro de texto, la repetición ante otros y el escribir lo que se va a memorizar. En coordinación con la actividad del alumno pone énfasis en la disposición de la tarea, por parte del profesor, en un orden de creciente dificultad, tal que el aprendizaje resulte accesible y fácil, «introduciendo poco a poco» la materia más compleja, y en el uso de modelos. Propone, asimismo, una evaluación del progreso mediante la comparación del niño consigo mismo desde el principio, y la adecuación ingenio-ciencia, o sea, aptitudes-tarea. Sería Huarte de San Juan quien tematizaría esta cuestión en el *Examen de ingenios para las ciencias.* Un impacto particular de estos planteamientos educativos, de especial notoriedad, hay que reconocerlo en la aportación española a la terapéutica del lenguaje.

III. EL MOLDEAMIENTO VERBAL EN EL TRABAJO DE PEREIRA

Sin olvidar a Ponce de León, Ramírez del Carrión y Juan Pablo Bonet, hay que señalar que es Jacobo Rodríguez Pereira (1715-1780) quien ha desarrollado un avanzado método de educación del lenguaje en sordomudos, fundando la logopedia. Eduardo Seguin ha escrito en 1847 un libro reivindicativo del mérito de Pereira, en el que hace un análisis razonado de su método (ya que su autor no lo ha dejado escrito), cuya exposición se seguirá aquí. No se puede menos que decir, de entrada, que el trabajo de Pereira tiene una alta densidad psicológica, dada por la construcción de un ámbito de relaciones funcionales consistentes en el moldeamiento de la conducta verbal y su mantenimiento por medio de la interfuncionalidad comportamental.

El procedimiento de Pereira se puede resumir en los siguientes componentes. En primer lugar, el diagnóstico diferencial de la sordera respecto a otras afecciones aparentemente similares y su clasificación en alguna de estas tres categorías: 1) absoluta, 2) la de los que son sensibles a ruidos, aunque sin discriminarlos y 3) aquélla en que se distinguen algunos sonidos vocales, (Seguin, 1932, pp. 171-174).

En segundo lugar, el inicio de un mínimo de relación maestro-alumno por medio de signos ya establecidos en el sordo, de modo que permitan la instauración de un sistema de «escritura volante, hecha en el aire con los dedos y destinada a reemplazar la palabra», llamado dactilología o «alfabeto manual a la española», (pp. 175-183), ya descrito por Bonet. El aspecto crítico de este procedimiento es que «cada especial posición de los dedos designa a la vez, de una parte, la disposición y la acción de los órganos de la palabra propios para producir el sonido, y de otra parte el carácter o caracteres que la ortografía usual exige para representar este mismo sonido» (p. 179). Así, podía ser usado en la oscuridad (y por ciegos) hablando a alguien moviéndole los dedos según el sistema dactilológico (p. 178). En consecuencia, la dactilología no era meramente una manera de comunicación, sino un sistema de articulación coadyuvante de la lectura labial, y visual, para poner los órganos productores de la palabra en actividad útil.

En este sentido, y en tercer lugar, incorporaba la percepción táctil de las vibraciones sonoras como gimnasia del órgano fonador atrofiado y ejercicios de los movimientos propulsores de la voz, de manera que se sustituía el oído por el tacto para la autopercepción de la propia palabra. Se empleaban en este desarrollo propioceptivo ejercicios de imitación de los órganos vocales y el moldeamiento. Obviamente, en los sordos de la «segunda especie» era más fácil hacer llegar la percepción de la voz por el tacto (que en los de la primera), mientras que un «sordo de la tercer especie percibía muy bien la palabra por el tacto», para los cuales, por lo demás, disponía de ejercicios

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

sonas. A este respecto, no sólo establece diferencias cuantitativas, sino también cualitativas, según predomine la memoria, la imaginativa o el entendimiento *(Examen,* VIII-XIV*).* La doctrina de Huarte está ejercitada en la construcción psicológica de Don Quijote (Iriarte, 1948, pp. 311-332).

Otro atisbo de intervención puede verse en el reconocimiento de que el ambiente influye en el estudio. Recomienda que los estudios se realicen en una ciudad diferente de la que se es natural, «porque el regalo de la madre, de los hermanos, parientes y amigos que no son de su profesión, es grande estorbo para aprender. Esto se ve claramente en los estudiantes naturales de las villas y lugares donde hay Universidades; ninguno de los cuales, si no es por gran maravilla, jamás sale letrado» *(Examen,* I*).*

Un mayor interés psicológico en el sentido destacado aquí lo ofrece la doctrina del automatismo de los animales, de Gómez Pereira. Formula cuatro causas del movimiento de los animales. La primera depende de la presencia de los objetos, que causan directamente en los órganos, según su naturaleza, un movimiento proporcional de acercamiento o de evitación (según sea conveniente y atractivo o nocivo y repelente). La segunda ocurre en ausencia de objetos presentes, merced a sus fantasmas. Los fantasmas son «corpúsculos sutilísimos, producidos y transmitidos de modo oculto por los objetos exteriores, destinados a obrar en ausencia de las cosas a las que corresponden [...], haciendo que por ellos se conozcan nuevamente los objetos previamente conocidos», de modo que pueden iniciar un movimiento hacia las cosas necesarias (*cf.* Solana, 1941, p. 219 del t. I).

La causa tercera se debe a cierta enseñanza, sin la cual no se explicarían algunos movimientos que no dependen de objetos presentes ni de fantasmas. Esto es posible gracias a que los sonidos del habla producen movimientos del aire que, a través del oído, actúan en la parte del cerebro de la que salen los nervios motores, dando lugar a un movimiento que se corresponde justamente con la peculiar manera del sonido. En cuanto a la cuarta causa, se trata del instinto natural.

En los animales estos movimientos tienen una naturaleza automática. En cambio, el conocimiento humano se comprueba por la experiencia, que uno se da cuenta de sus operaciones intelectivas. Lo relevante es que el conocimiento sensitivo e intelectivo es la propia facultad de conocer. El alma se resuelve en sus actos, en operaciones referidas a objetos de las que se tiene experiencia. Esta experiencia es más segura que el raciocinio o los sueños, donde los pensamientos ocurren sin ningún objetivo externo. Es más, todos los actos del alma podrían ser ilusiones. Pero el conocimiento, como tiene que ser de algo externo al alma, es la evidencia firme. Al considerar al objeto como condición del sujeto, se puede ver en G. Pereira, no ya un precursor de Descartes, sino una doctrina más avanzada, pues sujeto y objeto forman la unidad firme de la experiencia (mientras que la prueba cartesiana es solipsista).

La obra de Francisco Vallés titulada *Sagrada filosofía* (1587) está ya directamente comprometida con la clínica. Su planteamiento de la medicina es psicosomático, de modo que entre la imaginación y el cuerpo puede haber una relación recíproca. «Se sabe que la imaginación y la generación, en un mismo animal, son acciones unidas entre sí por mutua simpatía, siempre van de acuerdo; así, cuando los genitales abundan en semen, la imaginación se llena de fantasmas libidinosos, lo mismo sucede cuando la imaginación comienza a imbuirse en tales imágenes, pronto los genitales aumentan su acción» (*Sagrada filosofía*, XI, pp. 132-133). Este comercio entre el alma y el cuerpo está también asumido en el capítulo 35 de los Proverbios, de lo que se hace cargo Vallés «Dad sidra a los tristes y vino a los que sufren amarguras, beban y olviden su necesidad y no recuerden más su dolor» (XXVII, p. 210).

Sin embargo, se ha de considerar, así mismo, que la desmedida en el beber y «un error dietético perjudica por igual a ambas partes» (el cuerpo y el espíritu). Para defender la salud del cuerpo y del alma se necesita que los humores sean compuestos, «porque uno y otra perturba cualquier error en la comida». Pero no sólo se ha de tener en cuenta la comida, sino el movimiento y el descanso, el sueño y la vigilia, el aire, lo que se expulsa y se retiene, y las perturbaciones del ánimo. «Por lo cual fue dicho por Galeno con mucho fundamento que "una parte de la medicina es la filosofía de las costumbres"» (LXXIII, p. 598). Todo ello requiere el uso de la moderación mediante la disciplina de los apetitos corporales por parte de la razón, de acuerdo con esta doble fuerza que compone la naturaleza humana (XLIV).

En cuanto a las enfermedades del alma, propone la logoterapia. Las palabras, si bien no «llevan en sí una fuerza natural», sin embargo

> ayudan a apartar alguna enfermedad por la sola confianza del enfermo, a la manera que el miedo, la tristeza y la desesperación crecientan muchas enfermedades, dañando a los enfermos, por el contrario, la confianza y el buen ánimo socorren a muchos y les anima como si hubieren mejorado. Esta encantación resulta accidentalmente buena por los efectos satisfactorios que produce, aunque no sea por el poder natural de las palabras. No falta quienes su ignorancia les hace ver la utilidad; por eso, algunos sabios y médicos entendidos conceden esto a la necesidad de los enfermos, como los que curan la locura, y les permiten emplear la encantación aun sabiendo que en sí carece de todo poder (III, pp. 80-81).

Efectivamente, Vallés es presentado como logoterapeuta en la historia de la psiquiatría (Diechöfer, 1984). En fin, recuerda Vallés la melancolía de Saúl y su curación con la música y otras distracciones, con las que alejó la tristeza. Por lo demás, ya es sabido por el Eclesiástico que «el vino y la música alegran el corazón» (XXVIII, p. 214).

La obra de Miguel Sabuco titulada *Nueva filosofía de la naturaleza del* *hombre* (1587) ofrece tácticas para el tratamiento de las pasiones y, también, una doctrina psicosomática. Sabuco considera que las pasiones son causa de enfermedades e, incluso, de la muerte, y las virtudes medios de conservación de la salud y de la vida. Las enfermedades no provienen de un desequilibrio de los humores ni de alimentos inadecuados (según doctrina tradicional), sino de algún estado del cerebro (relativo a la pérdida de jugo o humedad), en cuanto que regidor de los compuestos corporales y sede de las pasiones. Con todo, la terapéutica de las pasiones se resuelve en algún cambio psicológico.

El remedio contra la ira es la «insinuación retórica», consistente en la siguiente ayuda proporcionada por un amigo. De entrada se ha de reconocer a uno que tiene sus motivos para estar con ira, pero se le aconseja aplazar la venganza, de modo que se pueda reconsiderar el asunto más adelante, en cuyo distanciamiento se analizan las consecuencias de lo que se va a hacer. Así, la cólera se atenúa e incluso se olvida, (*Nueva filosofía,* pp. 19-20).

«Para remedio de la tristeza toma estos avisos. Cuando la esperanza de tu bien pereció, luego busca, inquiere e imagina otra». Se han de apartar las cosas que producen pena. Se remedia también «así por las razones del alma, como por alegrías exteriores, y corporales» (p. 22). Respecto a la esperanza, recomienda además representársela «aunque sea fingida» (p. 31). Pero el placer y la alegría también pueden ser peligrosos, así que una noticia de «grande alegría no se ha de decir de golpe improvisadamente» (p. 30).

Para vencer el miedo, la primero es «conocerle la condición, y naturaleza, para no darle crédito», esto es, saber que más daño produce el temor que la cosa temida cuando llega. «Lo segundo, es alegría, buen olor, música, el campo, el sonido de los árboles, y agua, buena conversación, tomar placeres y contentos por todas vías» (p. 24). Ha de tenerse en cuenta que la imaginación «hace lo mismo que la verdad, ya que es "como un molde vacío, que lo que le echa eso imprime", y "como un espejo, que todas las figuras que vienen, las recibe y muestra: así si la imaginación es de miedo, daña, como verdadero", de manera que si uno tiene imaginación de estar dichoso y feliz, esto obra "como si fuera verdad". Y por tanto te doy este consejo, juzga el día presente por feliz» (pp. 92-93).

La congoja y preocupación se ha de tratar de acuerdo a una agenda, dejando los cuidados «a tiempos, y ponerlos en un lugar, como en un papel, haciendo lista, y fijarla en la pared, y alivia la congoja, y miedo de la memoria, y sin pena se miran allí los cuidados, y se hacen, y a la noche se duerme mejor» (p. 35). «La gran congoja se aliviará con razones del alma, lo que es, ya es, o lo que ha de ser, será, mi fatiga no la mejora, ni remedia» (p. 36).

En el exceso de amor, dado que este afecto puede matar, se ha de usar el remedio de la prevención, diciéndose que si uno ha perdido esto que tanto amaba, ¿sería uno tan apocado y pusilánime de perder la vida también por

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

cuerpo, puesto que difícilmente se hallaría «un espíritu recogido en un cuerpo inquieto y desasosegado» (II, 15, 1). En este sentido, da reglas sobre el autocontrol de la comida y del beber. Ahora bien, para alcanzar estas disciplinas se requiere una reforma del entendimiento, o virtud de la prudencia. La prudencia se refiere al gobierno equilibrado de las pasiones del cuerpo, unas veces aflojando las riendas y otras recogiéndolas, pero también es saber hablar y callarse a tiempo, «no fiarse de todos», «entender las artes y celadas del enemigo», «saber cuando es ganancia perder, y cuando perder es ganar» (II, 15, 8).

Una vez establecido el autocontrol ascético, el logro siguiente puede ser (en ciertas personas) la experiencia mística. En términos de modificación psicológica se vería en la construcción del mundo interior una técnica del éxtasis. Una vez disciplinados los apetitos y oscurecidos los sentidos, (en la noche oscura del alma) se ilumina y contempla un mundo interior. Ahora bien, estos escenarios son construidos a imagen y semejanza del mundo externo. Precisamente, lo que permite la exploración del interior es la construcción de un alma que en rigor es alguna forma de vida social o algún escenario público.

Así, Luis de Granada concibe la parte superior del alma como «la cabeza espiritual y bodega de vino precioso y ve en su esencia, en su centro, la imagen y semejanza de Dios», de modo que «arrollase dentro de sí [...] y comienza a dormir aquel sueño velador» (*cf.* Morales Borrero, 1975, p. 356). Fray Luis de León *(De los nombre de Cristo,* 1583) construye la conexión mística a través de los nombres que Cristo recibe en la Biblia, que en realidad son figuras sociales bien reconocibles: Pastor, Padre, Cordero, Esposo, elaboradas para servir de modelo de vida interior. Por ejemplo, la figura del Pastor sugiere la guía de las opiniones, apetitos y deseos al bien, porque «cierto es que el verdadero pasto del hombre está dentro del mismo hombre» (*De los nombres,* p. 236).

San Juan de la Cruz construye su unión de amor divino mediante las figuras, precisamente, del amado, del esposo o del matrimonio espiritual *(Cántico espiritual,* 1578). Ello supone, entonces, una identificación del amado en sus rasgos fisiognómicos (hermosura que se puede dibujar) y una asimilación del otro con uno. El amor dibuja «la figura del Amado y tan conjunta y vivamente se retrata en él, cuando hay unión de amor, que es verdad decir que» hay una transformación mutua (*Cántico,* XII, p. 183). Capanaga (1950, pp. 246 ss.) expone estas nociones de asimilación-transformación. Hay que decir que esta imagen del amor conlleva efectivamente el aspecto pulsional o pasional de los afectos o «aficiones» del alma. Porque, el interior del alma es «la parte racional, que tiene capacidad para comunicar con Dios, cuyas operaciones son contrarias a las de la sensualidad». El alma es como una ciudad, cuyo centro (elevado) es propiamente el alma racional, siendo la parte sen-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

Con «el alemán soy alemán; con el flamenco, flamenco; con el armenio, armenio; y con quien voy, voy, y con quien vengo, vengo» (*Estebanillo,* I, p. 61).

Otro tipo de industria, solidaria con la anterior, es la simulación o usurpación de papeles. Aquí se tienen, por un lado, los papeles de hacer de mendigo, habilidades muy útiles en el contexto de la caridad cristiana, y por otro, la simulación de riqueza, ostentando signos indicativos de no tener que trabajar para vivir, conforme al desprecio por el trabajo manual. El hidalgo arruinado amigo de Pablos es paradigmático:

> Mi amigo iba pisando tieso, y mirándose a los pies; sacó unas migajas de pan que traía para el efecto siempre en una cajuela, y derramándoselas por la barba y vestido, de suerte que parecía haber comido. Ya yo iba tosiendo y escarbando, por simular mi flaqueza, limpiándome los bigotes, arrebozado y la capa sobre el hombro izquierdo [...]. Todos los que me veían me juzgaban por comido, y si lo fuera de piojos, no erraran [*El Buscón,* p. 182].

Los recursos más preciados para la ostentación son la ociosidad, el uso de vestidos y de adornos reservados para los superiores, el gasto desmedido en las comidas, la casa propia o su alquiler y el paseo en coche, siendo la novela picaresca donde mejor se refleja tal fenómeno cultural, (Maravall, 1986, pp. 544-590).

Otra habilidad es la adulación. «Es la lisonja llave maestra, que abre a todas voluntades en tales pueblos» (*El Buscón,* p. 170). Véanse las instrucciones del hidalgo a Pablos para comer en casas de conocidos: averiguar su casa, visitar a la hora de comer con un asunto elogioso, aceptar si invitan, ofrecerse a servir de «maestresala» si ya han empezado y de esta oportunidad elogiar los guisos cogiendo ya «que "sería agravio a la guisandera en no probarlo. ¡Qué buena mano tiene!". Y diciendo y haciendo, va en pruebas medio plato» (*El Buscón,* p. 171). Otro ejemplo notable está en el escudero hambriento pero que ya había dicho que había comido; «Dígote, Lázaro, que tienes en comer la mejor gracia que en mi vida vi a hombre, y que nadie te lo verá hacer que no le pongas gana aunque no la tenga», de modo que empieza a comer, facilitado por Lázaro que ya había entrado en la complicidad del disimulo (*Lazarillo,* p. 141).

Finalmente, otra habilidad es el sentido del humor, que tendría la función saludable que los médicos de la época reconocen en la alegría ante la vida, máxime si ésta es adversa. Se referiría aquí el gracioso afrontamiento de la condena a muerte de Estebanillo González (I, pp. 331-332). Otras formas de humor están en las personificaciones y cosificaciones, en la transfiguración semántica de las cosas y en la recreación distanciada de la adversidad. Un estudio de las clases de ironía y de humor en el Lazarillo está en García de la Concha (1981, pp. 217-235).

La conducta del pícaro representa la actitud de prudencia característica del Barroco, referida a la astucia, la desconfianza, el disimulo, el acecho, la ocasión para actuar y la vigilancia. Es el «avivar el ojo y avisar» del Lazarillo, dos nociones de la práctica venatoria. Todo ello supone una ascética mundana al servicio del medro y de la instalación social confortable, de acuerdo a la figura emergente del *homo economicus* que define la integración del individuo en el Estado (según una suerte de «cuerpo místico del Estado»). De hecho, es legítimo coordinar la razón personal del pícaro con la razón de Estado. Ambos se atienen a un proceder calculado, pragmático, según el interés propio. En efecto, los estadistas hablan de la «industria y sagacidad del Estado» y las novelas picarescas de «razón de estado» para referir las razones del obrar del pícaro. Es más, los príncipes que han de regir los estados habrán de ser educados en la pragmática política, que tiene mucho de la prudencia del pícaro, caracterizándose ambas por el proceder maquiavélico.

Ante todo, la educación del príncipe ha de ser muy cuidada. El tratado de Saavedra Fajardo *Empresas políticas* (1640) es el manual más representativo. Es de destacar, en este sentido, un marcado énfasis en el ejercicio práctico de acuerdo a una elaborada disposición de las condiciones ambientales. Así, para enseñar a leer, «es menester la industria y el arte del maestro, procurando que en ellos y en los juegos pueriles vaya tan disfrazada la enseñanza, que la beba el príncipe sin sentir [...]. Aprende a escribir teniendo grabadas en una lámina sutil las letras. La cual, puesta sobre papel, lleva la mano y la pluma, ejercitándose mucho en habituarse en aquellas letras de quien se forman las demás. Con que se enamorará del trabajo, atribuyendo a su ingenio la industria de la lámina» (Empresa 5). Si se descubrieran «algunas inclinaciones opuestas a las cualidades que debe tener quien nació para gobernar a otros, es conveniente ponelle al lado de meninos de virtudes opuestas a sus vicios [...], pues, al príncipe avaro acompañe un liberal; al tímido un animoso; al encogido un desenvuelto; al perezoso un diligente; porque aquella edad imita lo que ve y oye, y copia en sí las costumbres del compañero» (Empresa 2).

En cuanto a las pasiones, es muy adecuado para el príncipe el dominio de la vergüenza y la conmiseración, que «se vencen y sujetan con algunos actos opuestos a ellas, que enjuguen y desequen aquella ternura del corazón, aquella fragilidad del ánimo, y le hagan robusto, librándole de estos temores serviles [...]. El miedo a hablar y salir en público y la desconfianza de sí mismo se curan introduciendo audiencias de los súbditos y de los forasteros, sacándole por las calles y plazas a que conozca la gente, y conciba las cosas como son, y no como las pinta la imaginación» (Empresa 7). El remedio de la ira está en la demora de la respuesta, mediante el recurso de pedir consejo y en el disimulo (Empresa 8), y así mismo, «es menester disimular las ofensas, y que primero se vean los efectos de la satisfación que la amenaza [...] Nin-

rado una tentación, sino a mantenerse sobre aviso. La regla nueve «es que puesto que estás bien apercibido y determinado, siempre seas humilde huyendo de las ocasiones y aparejos de pecar». La diez «es que las tentaciones y malos pensamientos resistas al principio y no los dejes asentar real en el reino de tu ánima: más a la entrada ejercita tus fuerzas, que ligeramente vencerás». La regla once recomienda que cuando se sea tentado, en vez de comparar el placer del juego con el esfuerzo del resistir, se coteje el placer del pecado, que es poco duradero, con la suavidad y contentamiento de haberlo superado, que es el verdadero placer que dura. Según la regla doce, uno no se ha de sentir desamparado por tener enfermedades y trabajos afligidos ya que, al ser la soberbia nuestro más sutil y mayor enemigo, «para la defensa de ella es menester con débiles tentaciones y enfermedades hacernos conocer lo poco que somos» (*Remedio,* pp. LXXXVII-XC).

VIII. ENUNCIADO DE ALGUNAS IMPLICACIONES

La referencia a la tradición cultural en un texto de actualización de la modificación de conducta tiene, entre otras, tres implicaciones.

Ante todo, ofrecer el estado actual en un perspectiva histórica (aunque aquí haya sido muy limitada), de manera que esto pueda proporcionar una cierta solidez intelectual, al menos que prive de creer que la psicología se ha inventado hace unos años. La puesta en referencia de técnicas actuales con procederes del pasado, no supone necesariamente alguna degradación de aquéllas, sino que, por el contrario, pueden cobrar la potencia de la proyección histórica. Con todo, como ha dicho Freud, la originalidad a menudo es haber leído poco.

Particularmente, el análisis de los problemas psicológicos y sus soluciones quizá requieren reparar más en el contexto cultural propio (que afanarse en una rápida importación). Tres referencias fuera de contexto: quizá el empeño por el apoyo social, al menos en las formas que usualmente se citan como tales, tienen poco sentido en España, por cuanto que tal apoyo aquí ya forma parte de la vida cotidiana; de la solución de problemas, a veces, se tiene la impresión que es meramente formalista, pues, el «sistema de elecciones» genera alternativas que bien son ilusorias o resultan triviales; el entrenamiento en asertividad tal vez no sea la principal habilidad social que se pueda ofrecer, pues el «éxito» social puede tener otras modalidades (por ejemplo, habilidades picarescas o de arte de ingenio).

En tercer lugar, se sugiere que tal vez se ha exagerado el origen experimental de la modificación de conducta en detrimento de la tradición cultural, incluyendo la literaria. Aunque, ciertamente, el laboratorio ya forma parte de la cultura, el control psicológico tiene más corrientes. La tradición cultural debiera considerarse junto a las dos disciplinas de la psicología científica. En la línea de este trabajo se defendería la tesis relativa al carácter técnico de la psicología frente a la pretensión de su figuración como ciencia. Para la modificación de conducta en particular se reivindicaría su origen y naturaleza en relación con las técnicas mundanas dadas. El análisis y la modificación de la conducta humana están ocurriendo continuamente en la vida cotidiana.

IX. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Dieckhöfer, K., *El desarrollo de la psiquiatría en España. Elementos históricos y culturales*, Madrid, Gredos, 1984.

Iriarte, M. de, *El doctor Huarte de San Juan y su Examen de ingenios. Contribuciones a la historia de la psicología diferencial*, Madrid, CSIC, 1948. (Orig.: 1938).

Luján, N., *La vida cotidiana en el siglo de oro español*, Barcelona, Planeta, 1988.

Maravall, J. A., *La literatura picaresca desde la historia social*, Barcelona, Taurus, 1986.

Zilboorg, G. y Henry, G. W., *A history of medical psychology*, Nueva York, W. W. Norton, 1941.

SEGUNDA PARTE

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

ducta se resuelve en su análisis funcional, esto es, en la especificación de las condiciones ambientales de las cuales depende. Dicho en fórmula orteguiana, lo cierto y evidente es la coexistencia de mi yo y mis circunstancias, de modo que para salvarme a mí necesito salvar el mundo en el que estoy. Como ha señalado Yela (1987, p. 261), el planteamiento de Ortega y Gasset prefigura el análisis de Skinner. En términos skinnerianos, la pregunta relevante es acerca del control, de cómo se puede crear, mantener, modificar o extinguir la conducta a través de cambios ambientales (no qué es la psique o cómo se cambia la mente).

Puede asumirse la condición de libertad radical en el sentido de que el sujeto en una situación cualquiera tiene que hacer algo, está necesariamente libre (la «operante libre»). Sin embargo, lo que puede hacer lo tiene que hacer con arreglo al ambiente. En realidad, su libertad está organizada en el mundo en el que (co)existe. De modo que las necesarias operaciones en el entorno son seleccionadas, moldeadas, mantenidas y modificadas según sus consecuencias, técnicamente denominadas refuerzos (esto es, fortalecedores de la probabilidad de ciertos comportamientos). En otras palabras, *se concibe un sujeto activo, cuya actividad, obviamente, está en función de los objetos a los que se dirige.*

En la noción de conducta operante está implícito este carácter activo, precisamente, en su sentido práctico manipulativo, de intervención en las condiciones dadas. Es el ambiente el que responde, con respecto a lo cual el sujeto se modula sucesivamente al seguir operando de nuevo. Es importante reconocer aquí que ciertas condiciones de las que depende la conducta pueden estar creadas por el propio sujeto. En efecto, una vez que se da la conducta, ésta o sus logros ya son condiciones objetivas del ambiente interactivo, sobre las que se puede operar de nuevo diferenciadamente, (ver apartado II, sección II.3). En definitiva, si el sujeto es activo, lo será de un modo fáctico. Quizás mejor que decir que el sujeto (re)construye el mundo (mentalmente) es asumir que aprende cada vez formas más diferenciadas, discriminativas y sutiles.

Es importante advertir, también, que esta actividad psicológica, cuya presentación misma se declara interactiva, no consiste en pautas comportamentales prefijadas mecánicamente, en aprendizajes estereotipados, como han supuesto algunos críticos (Breger y McGaugh, 1965). Por el contrario, se trata de clases de conductas de acuerdo, a su vez, con una definición genérica del estímulo, según habría señalado tempranamente Skinner (1975) y reparado Wiest (1975), en respuesta a las críticas de Breger-McGaugh y, también, de Chomsky. Lo relevante en la concepción conductista es la función, no precisamente la topografía, por lo demás de acuerdo con una potente tradición en la que es interesante recordar a W. S. Hunter, J. R. Kantor y E. Brunswik. Valdría hablar aquí, en este mismo sentido, de relaciones medios-fines (Fuentes Ortega, 1989a; Lee, 1988). Consiguientemente, si se representara este análisis de la conducta en términos de estímulo y respuesta, el esquema sería en todo caso respuesta-estímulo, según un esencial carácter interdependiente. Se podría decir que la causa de la conducta es su consecuencia, esto es, una causa final, en vez de una de naturaleza mecánica antecedente (ver apartado IV, sección IV.2).

I.2. *Contingencias, relaciones de equivalencia y significado*

El análisis debe incluir, además, ciertas condiciones en cuya presencia la conducta logra sus efectos. Son los estímulos discriminativos, relativos a la ocasión y a la selección de las acciones apropiadas. Es decir, junto a los estímulos consecuentes reforzantes, el análisis de conducta requiere de la especificación de ciertos estímulos antecedentes discriminativos. Sea este ejemplo: Si está presente un cuadrado, apretar el botón de debajo logra una ficha (cualquier otra acción no trae este efecto). Si hay un círculo, ni apretar el botón ni cualquier otra conducta consigue el resultado. Esta es la contingencia de tres términos, tradicionalmente ofrecida como unidad básica del análisis de conducta y que en terapia se representa usualmente con el esquema A-B-C. Esta referencia tan elemental está al servicio de introducir el concepto de discriminación condicionada (o contingencia de cuatro términos), de especial interés para dar cuenta del significado y, consiguientemente, de la aparición de conductas nuevas.

Los estímulos discriminativos pueden estar condicionados a otros estímulos contextuales que llegan a funcionar como selectores de la contingencia de tres términos. Se disponen unas condiciones en las que ahora el cuadrado es discriminativo si está presente el color verde (que se llamará selector): Si verde, presionar el botón bajo el cuadrado produce el efecto, pero sin este color o con cualquier otro presente, aunque esté el cuadrado, la conducta no funciona. Ampliando esta condición, todavía podría ser que si está el rojo (otro selector), funciona el botón bajo el círculo (pero no el del cuadrado), con lo cual se tiene el verde y el rojo seleccionando el tipo de contingencia activa. Lo relevante es que verde y cuadrado, por una parte, y rojo y círculo, por otra, resultan miembros equivalentes de una clase de estímulos. Es conveniente reparar en la emergencia de la equivalencia a partir de la condicionalidad, cara a apreciar el alcance del análisis de conducta en el entendimiento del significado.

El surgimiento de la equivalencia a partir de la contingencia de cuatro términos se demuestra comprobando las propiedades de reflexividad, simetría y transitividad, relativas a los estímulos en cuestión, (Gatch y Osborne, 1989; Sidman, 1986).

La reflexividad (o identidad) se demuestra al poner como selector el mismo estímulo discriminativo (o como estímulo discriminativo el mismo selector); por ejemplo: Si está presente el cuadrado (ahora como selector), apretar el botón bajo el cuadrado (que sigue como estímulo discriminativo) produce los efectos. Los sujetos que han aprendido la discriminación condicionada, actúan con éxito ante esta contingencia a la que nunca fueron expuestos. La simetría consiste en invertir selector y estímulo discriminativo. Igualmente, ante esta nueva configuración se mantiene la ejecución eficaz. Para probar la transitividad es necesario introducir un nuevo estímulo discriminativo y aprender también la discriminación condicionada ante un selector de los practicados (anterior selector o estímulo discriminativo, dada la simetría). Pues bien, cuando se expone al sujeto el nuevo estímulo introducido (sea como discriminativo o selector) junto con otro de los anteriores que nunca ha estado emparejado con él, el sujeto mantiene las respuestas correctas.

Se puede decir que el sujeto responde al significado. Estímulos, en principio bien distintos, adquieren un significado equivalente, se constituyen en una clase, en virtud de su significado operatorio, y no por simple generalización topográfica. De otro modo, la conducta operante manipulativa sobre discriminaciones condicionadas comporta el significado en el que consisten estas relaciones de identidad y de equivalencia. El caso es que el significado ha brotado de las operaciones del sujeto con los objetos, pero está contenido en las relaciones construidas entre ellos. Ortega y Gasset expone muy bien esta noción. Merced a las operaciones de identificar y discriminar los objetos adquieren nuevas cualidades. De múltiples relaciones con el amarillo de un armario y el amarillo de otro

> resulta que no sólo son amarillos ambos sino que además son iguales [...]. Amarillos pueden ser estos colores cada uno separadamente; iguales, en cambio, sólo pueden serlo en relación uno con otro. La igualdad es una cualidad relativa. Pero esta relación en la que han entrado y merced a la cual ha nacido, ha brotado en ellos esa nueva cualidad, es obra mía subjetiva. Yo soy quien los ha puesto en relación. No sé si se dan ustedes bien cuenta de la paradoja que resulta. Los objetos no son iguales sino en tanto en cuanto yo los pongo en relación; parece, pues, que su ser iguales depende de mí y que sin mi intervención no lo serían jamás. Y sin embargo, el efecto de mi intervención, a saber, la igualdad, es igualdad de ellos y entre ellos, es un carácter objetivo, tan objetivo como su amarillez que no conserva el menor rastro de mi subjetiva actuación. La igualdad entre estos dos colores que primero parecía depender de mí es, por otro lado, ajena e independiente de mí; no soy yo el igual, sino ellos [Ortega y Gasset, 1981, pp. 74-75].

Así pues, lo decisivo es considerar que el significado brota de las propias operaciones con los objetos y está contenido inherentemente en la conducta

conductas son relevantes al ámbito clínico, tales como polidipsia, fumar, patrones obsesivocompulsivos, hábitos nerviosos de morderse las uñas, el «picar» comida entre horas, rituales de autoestimulación, episodios maníacos, agresión, hiperactividad en la anorexia, etc., (Cantor y Wilson, 1985; Epling y Pierce, 1988). Aunque ciertas cuestiones metodológicas requieren mayor atención (Roper, 1981), es de destacar, al menos, el modelo del alcoholismo basado en la polidpsia adjuntiva (Colotla, 1980; Riley y Wetherington, 1989). Así mismo, la conducta ritual también puede ser entendida en el contexto de la conducta adjuntiva (Falk, 1986).

En definitiva, el interés por el condicionamiento operante no se centra sólo en sus efectos lineales en la conducta objetivo, sino que, incluso programas de reforzamiento que pueden darse en la organización convencional de la vida (en casa, en el trabajo, en la escuela, en las rutinas de la hospitalización), conllevan importantes pautas colaterales. La aparente simplicidad de un programa de reforzamiento remite a complejos efectos comportamentales, por no hablar de complicados programas concurrentes.

En segundo lugar, se ha de tener presente que la conducta puede estar controlada por las contingencias, aun sin darse una relación directa conducta-consecuencia. Una conducta puede mantenerse sin sus reforzadores puntuales y, aún más, ocurrir a pesar de sus consecuencias aversivas. Similarmente, la tasa cero de conducta extinguida puede mantenerse ante posibles reforzamientos contingentes.

Para entender estos hechos experimentales, sin duda de alta relevancia aplicada, hay que tener en cuenta la ley del efecto basada en la correlación, según la cual las operantes son adquiridas y mantenidas sobre los promedios de la conducta y del reforzamiento considerados en períodos largos. Este es el caso de la mayoría de las operantes humanas que, aunque se estudien en el laboratorio, pueden tener similitud funcional y cierta continuidad con la programación asistemática del ambiente natural, de modo que el experimento (aunque prolongado) no deja de ser un episodio insertado en la historia personal de reforzamiento. Un análisis del experimento en el que se encontraran tasas de conducta sin reforzamiento contingente no indicaría que la conducta es ajena al reforzamiento. (Remitirse, en este caso, a la historia del reforzamiento no implica un argumento infalsable, puesto que el criterio para comprobar el reforzamiento, y falsar su innecesariedad, es construir experimentalmente la conducta, lo que supone su explicación). Una situación similar se presenta a menudo cuando el clínico analiza las condiciones que mantienen ciertos problemas actuales y trata de identificar los eventos presentes que pudieran cambiar tales conductas. Puede encontrar las paradojas aludidas, pero ello quizás es una consecuencia de analizar un episodio aislado. Un ejemplo extremo es la indefensión aprendida, en la que se ha «construido» una correlación de cero entre la tasa de conducta y la tasa de castigo, de modo que al introducir una correlación positiva entre hacer algo y eliminar la estimulación aversiva, el sujeto sin embargo soporta «estoicamente» su suerte. La posible correlación actual esta codeterminada por la correlación pasada, de cero. Al remover, de alguna manera, al sujeto para operar sobre el ambiente y así alterar la contingencia, se ve que la depresión no era «endógena». El análisis del ambiente contiene todas las claves explicativas. Si no se consideran estas cuestiones, difícilmente se puede entender que se sigan echando paladas de carbón al fuego siendo que de inmediato lo apagan.

El análisis operante humano se hace bien complejo si a lo anterior se incorpora la elección conductual, es decir, el estar a la vez bajo dos o más programas de reforzamiento relativos a conductas distintas. Se ha demostrado que una conducta determinada depende más del reforzamiento relativo que de su cantidad absoluta, respecto a la otra conducta alternativa, lo que sugiere, en todo caso, que cualquier conducta debe ser analizada en relación a todas las fuentes de reforzamiento disponibles simultáneamente (Rachlin, 1977). Aunque los sujetos no hagan las ecuaciones hiperbólicas, sus conductas de elección se pueden describir según ciertos análisis matemáticos (Bradshaw y Szabadi, 1988). Diferencia ésta (entre las contingencias concurrentes y las ecuaciones que las describen) de importancia para no incurrir en el postulado metafísico de invocar una suerte de gramática universal de la elección. El hecho de que se descubra una regularidad legal, no quiere decir que los sujetos hagan los cálculos. Su conducta, aunque compleja, se explica analizando las contingencias. Las implicaciones para la modificación de conducta han sido expuestas por McDowell (1982).

Finalmente, estaría la consideración del lenguaje, en cuanto que puede afectar a los programas de reforzamiento y como conducta de interés por sí misma, pero esto lleva a la prometida sección siguiente.

II. CONDUCTA VERBAL Y TERAPIA

Lo que más ha (pre)ocupado a Skinner es el estudio del lenguaje, siendo seguramente su obra principal la titulada *Verbal behavior* (1957). En ella se hace un análisis funcional del lenguaje y se ofrece una taxonomía de las funciones psicolingüísticas. Así, se distinguen tipos de conducta verbal de acuerdo con condiciones antecedentes específicas y con las consecuencias producidas. Las clases de conducta verbal definidas tienen gran importancia en el análisis de la psicoterapia (Hamilton, 1988). A continuación se enuncian estas clases de conducta verbal y se sugieren sus intereses en la modificación de conducta. Establecido esto, se estará en condiciones de ver el alcance del análisis skinneriano en otros procesos psicológicos complejos.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

terístico (por ejemplo, distinto del de pedir fuego). Esta función cubre, además de la referencia, la metáfora, la abstracción y la formación de conceptos. Un caso particular de esta función es el conocimiento de sí mismo. Existen varios medios en virtud de los cuales la comunidad, que no tiene acceso a estímulos privados, puede enseñar conducta verbal como respuesta a los mismos (Skinner, 1957).

De interés directo para la modificación de conducta está la posible inadecuación o distorsión verbal que un individuo puede tener de la realidad y de sí mismo, con repercusiones personales negativas (por ejemplo, depresión). Se trataría de un desajuste entre los tactos según los que se definen las contingencias y las contingencias que efectivamente se dan. Es el supuesto del contacto distorsionado con la realidad (Skinner, 1957), que tradicionalmete se asume como distorsión cognitiva. Algo importante aquí es que, de acuerdo con estos criterios, se pueden analizar, de un modo más cabal, las dimensiones cognitivas de la depresión, tanto en su aspecto atribucional (Hamilton, 1988), como en el lógico (Zettle y Hayes, 1982), y reconstruir la terapia cognitiva de Beck y la TRE de Ellis en términos más coherentes con los procederes en los que, de hecho, consisten (Zettle y Hayes, 1982). Asimismo, la oscura teoría de la autoeficacia también ganaría claridad conceptual en estos términos (Poppen, 1989). Por su parte, la reestructuración cognitiva se reconocería como una forma de modificación de la conducta verbal (Hamilton, 1988; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989).

La conducta verbal presenta otras funciones psicolingüísticas que se definen de acuerdo con un criterio común, a saber, el de estar bajo el control de estímulos verbales antecedentes (por demás, sin dejar de atenerse a la relación contingencial entre respuesta verbal y, por lo común, un reforzador general condicionado). El análisis skinneriano describe tres funciones de este tipo: la ecoica, la intraverbal y la textual (cap. 4).

La *ecoica* («ecoic») es una operante verbal cuya pauta es similar al estímulo verbal de la que depende (a modo de eco), considerando relevantes en la definición la correspondencia «modelo-respuesta» y la unidad del evento en un episodio contiguo con conexión funcional. Sea por ejemplo, que el hablante dice «fuego» ante el estímulo verbal del oyente consistente en «di "fuego"». Aunque tiene el formato del mando, lo decisivo es la condición de control, pues hay otras situaciones en las que el oyente no pide y en cambio el hablante es reforzado por la repetición, y otras, todavía, en las que se da una repetición como relleno o manera de tomarse tiempo al responder. Tiene un marcado interés educativo infantil, pero está presente, también, en numerosas otras contingencias de la vida adulta. Se contempla, asimismo, la conducta autoecoica, donde incluso el estímulo verbal inicial puede ser encubierto, presentándose formas patológicas como la palilalia y la perseveración psicótica.

relevante es señalar que el lenguaje y, consiguientemente, los procesos cognitivos forman parte del mismo ámbito que se organiza en torno a la conducta, y tienen un coherente planteamiento conductista.

II.2. *Conducta gobernada por reglas y cognición*

Un modo apropiado de abordar el pensamiento conforme a los criterios que se siguen es situar el asunto como un caso en el que el hablante se comporta consigo mismo como un oyente. Hablante y oyente son la misma persona, algo que puede darse públicamente y, de hecho, se da con frecuencia en la infancia, y, por lo demás, se recordaría que la lectura, una actividad del «ámbito íntimo» hoy día, hasta la Edad Media era una actividad abierta (se leía en voz alta y, suponía, incluso, un fuerte castigo obligar a leer en silencio). Al decir esto, se reconoce el pensar silencioso en un continuo que forma parte de la conducta abierta, a su vez, en distintos grados. Por lo demás, las formas silentes pueden hacerse públicas en ciertas circunstancias. Se considera que la «decadencia» de las formas abiertas y su mantenimiento inaudible, tienen que ver, respectivamente, con el debilitamiento de las variables de control (que en otras ocasiones las harían fuertes) y con la mayor ventaja y facilidad para hablarse a sí mismo en silencio (de hecho, cuando es conveniente, uno se habla en voz alta). No sería correcto hacer corresponder el pensamiento con el lenguaje atenuado, ya que también se puede pensar haciendo algo y, en todo caso, el lenguaje encubierto es un caso particular del lenguaje, y es que, también, se puede pensar en voz alta. El caso es que el lenguaje no se define, precisamente, por el silencio. Del mismo modo, la solución de problemas y las operaciones mentales son, ante todo, operaciones.

La parte encubierta de la solución de problemas (el pensar en silencio y las operaciones mentales), que puede ser bien compleja y larga, se concibe como un curso de operaciones verbales, como un momento que supone y pide continuamente el comportamiento positivo. El comportamiento silencioso no es la negación de la conducta, sino su grado cero entendido dentro del propio desenvolvimiento de las relaciones distales relativas a objetos (Fuentes Ortega, 1989a; Kantor, 1924; Ortega y Gasset, 1981; Pérez Alvarez, 1989). Esta conducta implícita puede devenir, y de hecho así es, en un «procesamiento automático», que en realidad es un efecto de la práctica, de acuerdo a precisos arreglos estimulares (Pérez Alvarez, 1986). Los estímulos resultan, en virtud de la práctica reforzada, en reorganizaciones cada vez más complejas en las que la conducta se hace dependiente de nuevas unidades constituidas por la reestructuración de estímulos que previamente formaban otras configuraciones separadas más simples (Cheng, 1985). Por ejemplo, primero se cuenta por los dedos o con palotes como unidades, y después, con la práctica, se cuenta por las manos o por medio de grupos de palotes como nuevas unidades.

Una persona resolviendo un problema se diferencia por el hecho de que cambia otra parte de su conducta y es reforzado y fortalecido al hacerlo. Un proceder característico consiste en la construcción de estímulos discriminativos, a los que se responde diferencialmente en adelante y, así, se va seleccionando la conducta apropiada a la solución. Un tipo de estímulos que se puede generar en las operaciones quizá consiste en conducta verbal en la función de mando («ahora debo hacer esto») o de tacto en la que se especifica alguna contingencia («si se hace esto, entonces resulta aquello»). De esta manera, la conducta es moldeada por las consecuencias, es decir, por los efectos propios de las operaciones, y gobernada por reglas que controlan las ejecuciones y que describen contingencias, es decir, que regulan y discriminan las conductas apropiadas (Skinner, 1988; 1981b). Las reglas, por supuesto, pueden estar dadas como un producto cultural, de modo que ya se dispone ante muchas situaciones problemáticas de pistas verbales acerca del proceder conveniente.

Esta distinción entre contingencias y reglas tiene una importancia decisiva en la teoría psicológica y en la modificación de conducta, como ha puesto de relieve Blackman (1985). Particularmente, la noción de conducta gobernada por reglas da cuenta de la «actividad psíquica superior» (Vaughan, 1987). La calidad funcional de la regla viene conferida por formar parte de un conjunto de contingencias de reforzamiento, de las cuales brota con una entidad objetiva, (Glenn, 1987; Skinner, 1988). A este respecto, es conveniente recordar el significado construido e incorporado en las operaciones en que consistían las relaciones de equivalencia. Las contingencias tienen ya un significado, esto es, dicen algo de por sí, de modo que la palabra se incardina con los demás ingredientes de una circunstancia que no es palabra. Vaughan (1989) ha puesto en correspondencia la conducta gobernada por reglas con la investigación sobre la equivalencia de estímulos. En este sentido, se han tipificado varias clases de reglas según su relación con las contingencias. Una clase se diferencia porque las consecuencias de su seguimiento (de la correspondencia entre la regla y la conducta relevante) están mediadas por las personas; otra, por depender más bien de la disposición del ambiente; y otra, por el efecto aumentativo que la regla puede tener sobre el carácter reforzante o punitivo de los estímulos (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989). Estas especificaciones han resultado, precisamente, del análisis de las terapias cognitivas (Zettle y Hayes, 1982). Dicho esto, es importante destacar que el sujeto puede tener como objeto su propia conducta verbal.

II.3. *Metaconducta*

La propia conducta verbal dada o dándose constituye ya un elemento del ambiente con el que puede interactuar el sujeto. De este modo, parte de la conducta de un sujeto se convierte en variable que controla otra parte. Ante todo, es en la comunidad donde están dispuestas las contingencias que hacen relevante el reparar en la propia conducta (¿qué dijiste?, ¿es cierto...?, ¿has dicho...?, etc.), lo que modula la respuesta y el control del hablante de su propio discurso. Incluso, se podría decir que el sujeto «tactea» y «manda» la propia conducta verbal. Esta función técnicamente recibe, en el análisis de Skinner, el nombre de *autoclítica*. Del amplio tratamiento que se da en *Conducta verbal* a los autoclíticos, se destacan varias clases. Los autoclíticos descriptivos son formas verbales que matizan el tipo, la fuerza del comportamiento verbal, las circunstancias del hablante, la forma de operar de una respuesta, la especificación de un mando, etc., tales como «recuerdo que...», «lo que voy a decir se ha de entender...», «se dice que...», «es necesario...». Otros autoclíticos tienen una función calificadora, en la que se altera decisivamente la intensidad o la dirección del efecto en el oyente, como en la negación y la afirmación y en los cuantificadores. La noción de autoclítico cubre también el tratamiento que el análisis funcional da a la gramática y a la sintaxis, y la composición y arreglos de la conducta verbal que hacen el hablante y el escritor, cara al logro de ciertos efectos. Se considera aquí tanto la composición de palabras y frases, como los arreglos de segmentos más grandes, dados por ejemplo como textos o discursos. Así pues, este tipo de conducta verbal se ocupa de las cuestiones que en los últimos tiempos se ofrecen como procesos metacognitivos. La dificultad de la concepción mentalista de la metacognición es que se sale del ámbito en el que efectivamente ocurren los procesos de control de una conducta por otra del mismo sujeto, hasta invocar metafísicas ejecuciones centrales supuestas en el reino del espíritu puro. Ejecutores centrales de los que, por lo demás, no se tiene otra noticia que la ejecución comportamental, incurriendo en tautología, ya que finalmente los procesos metacognitivos invocados para explicar el control de una conducta tienen que ser explicados por la ocurrencia de ésta (Pérez Alvarez, 1986).

III. IMPLICACIONES CLÍNICAS

Aunque anteriormente se han sugerido algunas implicaciones clínicas (adicionales a las dadas tradicionalmente), ahora se van a seleccionar dos tópicos.

Uno relativo a la reconstrucción de la (insatisfactoria) trimodalidad de respuesta y el otro concerniente al (injustificado) empeño por la operativización de la conducta.

III.1. *Una nueva clasificación comportamental*

En terapia de conducta se utiliza comúnmente la taxonomía que distingue tres modalidades de conducta: cognitiva, fisiológica y motora. Como es conocido, la modalidad cognitiva se refiere al pensamiento, la imaginación y, en general, la actividades encubiertas. La fisiológica remite a las emociones, los sentimientos y, en general, a la activación nerviosa. La motora alude a la acción observable que implica movimiento corporal, generalmente, con cambios espaciales o logros ejecutivos. A pesar de ser una clasificación bien razonable y del, asimismo, razonable entusiasmo a que ha dado lugar relativo a la aplicación de técnicas específicas según la modalidad más comprometida en un trastorno determinado, lo cierto es que actualmente resulta insatisfactoria, sobre todo porque la correspondencia entre modalidad de respuesta (más) alterada y técnica específica no parece muy relevante (Dance y Neufeld, 1988). Los efectos de las técnicas resultan entrecruzados, desincrónicos y, generalmente, inespecíficos respecto a las modalidades tratadas. Ello puede deberse, en parte al menos, a la propia taxonomía conductual, en cuanto a su incidencia en la definición del problema y en la configuración de las técnicas.

Las dificultades de esta taxonomía se aprecian en lo siguiente. La llamada conducta cognitiva implica también (y aun se diría esencialmente) acciones observables verbales y no verbales (recuérdese lo dicho para el pensamiento). Por su parte, la llamada conducta motora puede tener una «manifestación» encubierta, como son las respuestas preparatorias (por ejemplo, de relajación o de tensión muscular). Por lo demás, la conducta emocional psicofisiológica comporta, a menudo, formas observables motoras y verbales. En definitiva, parece ser que la distinción cognitivocomportamental asentada en el criterio encubierto-observable no es adecuada para el análisis psicológico. Lo abierto y encubierto está presente en las conductas que pretendidamente se trataba de diferenciar. Por su parte, lo emocional también parece participar de todas estas dimensiones.

Así pues, según parece, la tradicional tripartición debería recomponerse. Suinn (1984) ha ofrecido una interesante reconstrucción. Aun manteniendo las mismas categorías (si bien ya redenominadas), dentro de cada una considera tres manifestaciones. Así, el canal de respuesta afectivosomático, además de la activación autónoma aumentada, incluye los sentimientos subjetivos de malestar y posibles alteraciones psicofisiológicas. El somaticoconductual, jun-

objetivo habría de estar más comprometido con el fin (a lograr) que con el medio (para conseguirlo).

Efectivamente, los problemas se presentan y las ayudas se ofrecen en su contexto social natural, que se habrá de reconocer complejo en cuanto a la multitud de matices que concurren continuamente. Quiere ello decir, entonces, que la operativización de la conducta puede resultar en un catálogo de formas escasas y poco flexibles respecto a los infinitos matices del contexto. La cuestión coherente con los criterios conductistas está en atenerse a clases de conductas, definidas precisamente por fines genéricos (no en el sentido de vagos, sino de clases generales).

Este asunto tiene ante todo una transcendencia empírica respecto al tema de la generalización. Es interesante reparar que las instrucciones en las que se operativizan las conductas, por ejemplo, en el entrenamiento en asertividad, podrían hacer, sin embargo, el logro así conseguido poco flexible en su adaptación real. Es decir, la dependencia de las instrucciones puede dificultar la generalización. Frente a ello, un entrenamiento mediante la exposición directa a las condiciones, recibiendo feedback, pero sin definir operacionalmente las conductas se ha mostrado efectivo. «El entrenamiento social a menudo recurre a especificar reglas o instrucciones, a pesar de que la conducta social normal no parece desarrollarse de esta manera. Mientras que los efectos de las instrucciones son en general rápidos, la conducta bajo su control puede ser menos sensible a cambios en el ambiente que aquellos bajo el control de la experiencia directa» (Azrin y Hayes, 1984, p. 182). El feedback proporcionado se atenía a la habilidad social considerada de manera global. En efecto, la apreciación de habilidades sociales son frecuentemente fiables debido a su cargado carácter social. «En definitiva, las habilidades sociales fueron evaluadas y mejoradas sin haber definido previamente cuáles era necesario cambiar» (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989, pp. 365-366).

Lo que se insinúa es que, a veces, tal vez el clínico confía excesivamente en la definición operativa de las conductas a cambiar, lo que podría, en ciertos casos, ser una dificultad porque, por un lado, los objetivos concretados quizás fueran demasiado limitados respecto a los fines y, por otro, los logros sean muy dependientes de las instrucciones.

En este sentido, lo que se sugiere es el uso del reforzamiento de la exposición directa (del cliente) a las situaciones, de un modo social convencional, esto es, sin «exagerar», incluso, el carácter reforzante, cara a evitar la dependencia con respecto al terapeuta, que actuaría conforme a la naturalidad social.

Según los autores proponentes (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989), estas formas implican ciertos repertorios del terapeuta, relativos a la discriminación de conductas clínicamente relevantes (por ejemplo, aquellas dadas en la terapia que sean similares a las del ámbito extraclínico) y a la construc-

El aspecto que se subraya es que las operaciones comportamentales cambian el ambiente y éste, recíprocamente, modifica al sujeto en sus interacciones futuras. El cambio del ambiente se refiere al efecto ejecutivo de alguna operación manual o autoclítica, cuya nueva disposición puede repercutir en las acciones sucesivas, pero también a la modificación de su función, aunque físicamente no haya sido alterado, haciéndolo, de este modo, psicológicamente distinto. Por ejemplo, después de escuchar numerosas veces una pieza musical, ésta resulta distinta en sus efectos, no se percibe igual a la primera vez, y en cambio es la misma en su dimensión fisicalista (o, más exactamente, en la realidad psicológica, no es la misma de antes). Así pues, lo que se tiene correlativamente es un sujeto cambiado, o sea como resultado del efecto de sus operaciones en el ambiente, sea como modificación de su sensibilidad, es decir, de la manera de experimentar y operar en adelante. Naturalmente, esta cuestión remite al aprendizaje anterior, a la historia de reforzamiento. Lo único que se quiere decir aquí es que el pasado se concibe como un positivo estar ausente (Pérez Alvarez, 1989). Es decir, la historia de aprendizaje es el sujeto cambiado en cuanto a su manera de experimentar y probabilidad de operar de acuerdo a las contingencias presentes. El pasado está presente como probabilidad comportamental, cuyas formas e intensidad están seleccionadas por el ambiente que, naturalmente, es complejo en cuanto a sus matices discriminativos. En términos de K. Lewin, se diría que el pasado y el presente se dan simultáneamente, de acuerdo con el «principio de la contemporaneidad» (Lewin, 1936). El sujeto dispone o tiene ciertas conductas en el mismo sentido que un actor de teatro puede hacer sus papeles de acuerdo con un repertorio y dadas las circunstancias apropiadas.

La oposición entre procesos y productos, según la cual los primeros serían el funcionamiento cognitivo que darían lugar y explicarían los segundos, los cuales aún siendo importantes como tales resultados, no tendrían, sin embargo, tanto interés psicológico como aquéllos, se reconstruiría así. Esquemáticamente, lo que se diría aquí es que los procesos son otros productos que han quedado segregados en el curso de las operaciones. Su contribución está incorporada al logro, formando parte de los moldeamientos y autocorrecciones acaecidos, pero que necesariamente resultan eliminados. Cuando se invocan procesos mentales (encubiertos, automáticos o no) para explicar la ejecución comportamental o producto logrado, resulta que aquéllos tienen que ser explicados por las contingencias de reforzamiento.

La consideración de la individualidad psicológica, según esto, se ofrece como una tarea (bien complicada) de definir los repertorios comportamentales de acuerdo con las circunstancias. Las clases de conducta funcional aludidas, y sus subclases, podrían ser un criterio para establecer el «perfil de personalidad», contando con el escenario pertinente, es decir, con algún criterio de la tarea. En cuanto a la introspección, más rigurosamente, se entendería como retrospección relativa a las experiencias pretéritas o de una inspección o descripción fenomenológica de las experiencias presentes, que siempre son de algo. Luego, no se puede aislar una subjetividad pura puesto que, en efecto, la subjetividad está depositada en la objetividad, es decir, lo que se inspecciona es el aspecto subjetivo de los objetos (Fuentes Ortega, 1989a). Curiosamente, el énfasis conductista en el caso único no ha dado, sin embargo, un interés por la tematización de la personalidad, si bien se dispone de una rigurosa metodología experimental para el estüdio de las diferencias entre los individuos y la consistencia, y variabilidad, intrasujeto (Sidman, 1973). Se considera que la tematización de la personalidad es un asunto pendiente del análisis de conducta, que concierne directamente a los intereses aplicados relativos a la generalización y grado de consolidación del cambio.

En definitiva, la imagen que se tiene del sujeto psicológico es la de un sujeto operante situado en un contexto envolvente preexistente. Se acomoda al ambiente, entre tanto éste ya está adaptado selectivamente por los individuos anteriores, y lo acomoda al adaptarse. Este estar en el mundo supone que el sujeto necesariamente tiene que comportarse de alguna manera. Este tener que hacer algo ya está prefigurado en el entorno, pero es cierto que la realidad de este mundo circundante es el punto de vista del sujeto, según su perspectiva. La perspectiva es un componente de la realidad. Ahora bien, esta perspectiva personal tampoco se ha de concebir como una subjetividad incoordinable con la de otros. Precisamente, el sujeto se construye socialmente y la objetividad surge de la multiplicidad de actos subjetivos (Fuentes Ortega, 1989a). Dentro de esta consideración, el análisis psicológico siempre hace referencia a alguna condición antecedente con funciones discriminativas, que puede consistir en los propios efectos comportamentales, y alguna condición consecuente a la cual tiende. Se concibe un sujeto cuya libertad comportamental está organizada por la estructuración ceremonial del ambiente. Quiere ello decir que las operaciones se dan de acuerdo con unas estructuras y respecto a unos resultados, consecuencias o fines. Las estructuras y esquemas mentales se verían mejor como formas de organización del ambiente (Neisser, 1985; Pérez Álvarez, 1985b), es decir, como estímulos institucionales (Kantor, 1982) o, en los términos más usados aquí, como contingencias.

El sujeto se regula por la textura causal del ambiente y mediante múltiples operaciones recompone su organización. Así pues, ni se concibe un sujeto naturalista como si fuera un organismo yuxtapuesto a las cosas, con la insignificancia de una hierba en el universo, ni un sujeto mentalista que haya absorbido el mundo, como una hierba pensante donde el mundo fuera representación. Consiguientemente, se establecen compromisos con una causalidad final (frente a una mecanicista, sea de índole mentalista o E-R) y con una consideración dialéctica del sujeto (de carácter adualista).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

términos de capacidades («no soy capaz de...», «me gustaría poder...», etc.).

Las quejas y demandas del paciente, tal como éste las presenta, son reinterpretadas desde las distintas corrientes teóricas subyacentes a cada una de las terapias existentes. De la misma forma, en evaluación conductual lo que el paciente experimenta como un sentimiento sordo de malestar puede pasar a conceptualizarse como respuestas específicas a nivel motor, cognitivo y fisiológico.

En lo que llevamos dicho hasta aquí puede verse que estamos diferenciando entre lo que son: a) los motivos de consulta, b) las conductas problema, c) el punto sobre el que debe incidir la intervención, y d) las metas últimas del tratamiento. Aun cuando con frecuencia tiendan a confundirse los tres últimos elementos, en el estado actual de nuestros conocimientos parece ventajoso el mantenerlos diferenciados.

Las conductas problema hacen referencia, pues, a la traducción, en términos conductuales operacionales, del motivo de consulta presentado por el usuario (paciente u «otros significativos» de su medio). Cuando se habla de delimitación o definición de las conductas problema en terapia de conducta suele hacerse referencia a la operacionalización, en términos conductuales, tanto de las quejas como de aquello que produce las demandas del paciente.

En algunos casos la conducta problema propuesta por el terapeuta aparentemente se aleja de las quejas del paciente. Ello no quiere decir que el evaluador haya descubierto «el problema real» o algún problema «más profundo». Únicamente el evaluador se ha creado un modelo de trabajo del funcionamiento del paciente en el que aparecen otros comportamientos, previos en la «cadena causal», de los que dependen las quejas presentadas y que es necesario eliminar, o instaurar para hacer desaparecer las quejas o conseguir las demandas que se hacen.

Algunos autores (Evans, 1985 y Voeltz y Evans, 1983) señalan que pueden distinguirse en terapia de conducta y en evaluación conductual dos enfoques subyacentes: el enfoque mayoritario en la actualidad, centrado en el problema (o «enfoque eliminador», en términos de Goldiamond, 1974), y otro punto de vista, siempre existente pero poco destacado, en el que se defiende que las metas del tratamiento no siempre llegan a coincidir con la traducción operacional en conductas aisladas de las demandas del paciente (enfoque al que, a partir de ahora, llamaremos «enfoque constructivo» o «sistémico» [Goldiamond, 1974, 1984]). En el extremo de este último enfoque cabría situar los intentos por construir positivamente (en contraposición a la eliminación del problema, típico de la visión anterior) una nueva forma de ser y comportarse del paciente, de relacionarse con su medio, e incluso de cambiar el medio, o de cambiar de medio (Goldiamond, 1974; Hawkins, 1986; Kanfer, 1985; Schwartz y Goldiamond, 1975). No se trataría ya, por tanto, de eliminar algo (las conductas problemas), sino de dotar al sujeto de

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

ductas que el contexto continuará manteniendo (Ayllon y Azrin, 1968). Debe entenderse aquí por «contexto» no sólo el entorno físico y social que rodea al paciente, sino también su sistema de valores y creencias, especialmente cuando éstas son consonantes con el medio social en el que se desenvuelve (Kanfer, 1985).

7. Sólo se deben considerar como conductas objetivo aquellas que son susceptibles de ser tratadas, dados los recursos con que cuentan el paciente y el terapeuta y con los medios disponibles en un determinado momento de desarrollo de las técnicas terapéuticas (Kanfer, 1985; Kanfer y Grimm, 1977).

II.4.2. La prioridad en las conductas objetivo

La cuestión acerca de qué conducta objetivo se debe intentar alcanzar en primer lugar se plantea siempre que el problema no es «monosintómatico», es decir, siempre que exista más de una conducta objetivo. En estos casos, la conducta a modificar en primer lugar será:

1. La conducta que resulte más molesta para el paciente o los otros significativos, ya que de esta forma el propio paciente o los otros, como mediadores, estarán más motivados a continuar con el tratamiento si se benefician con la intervención (Tharp y Wetzel, 1969).
2. La conducta más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivarán al paciente y/o a los otros significativos y los llevarán a esforzarse y a colaborar en los intentos terapéuticos (O'Leary, 1972).
3. La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos (Hay, Hay y Nelson, 1977).
4. La primera conducta de la cadena en el caso de que varias conductas constituyan una cadena comportamental (Nelson y Hayes, 1986b).

Estos consejos generales, surgidos del sentido común o de las teorías subyacentes a los modelos conductuales, no parecen universalmente aplicables, excepto en lo que respecta a los puntos tres y cuatro. Así, por ejemplo, puede aducirse con respecto al primer aserto, que cuando se elimina lo más molesto para el paciente o para los otros significativos, existe cierta probabilidad de que se abandone el tratamiento, ya que, habiendo eliminado la conducta más molesta, el coste de seguir con el tratamiento pudiera resultar mayor que el que supondría abandonarlo. Algo semejante puede decirse con respecto a la segunda afirmación. Aunque en algunos casos el elegir una conducta sobre la que los efectos de la intervención sean rápidos puede llevar al sujeto a implicarse más en la terapia, en otros casos puede crearle expectativas de que todo lo que resta es igualmente fácil y rápido, llevándolo a

del paciente, parece ser que el análisis funcional no se realiza con el mismo esmero, limitándose, en la mayoría de los casos, a exponer de forma gruesa en qué debe consistir la conducta a implantar, pero prescindiendo de definirla en términos de los mismos parámetros de frecuencia, intensidad, duración, etc., empleados en otras ocasiones. De la misma forma, el análisis de los estímulos ambientales que deben evocar y mantener la conducta a implantar ha consistido, más en señalar qué estímulos se van a emplear durante la fase de tratamiento que en prever qué estímulos deberán provocar y mantener la conducta en el medio natural en el que vive el sujeto.

Por otra parte, como han indicado Nelson y Hayes (1986b), el análisis funcional realizado en la clínica con frecuencia ha distado bastante de parecerse al análisis experimental del comportamiento en el que decía basarse, ya que las variables controladoras de la conducta que se proponen son *hipotéticamente* controladoras y no ha habido comprobación previa de que efectivamente controlan la conducta a modificar. En la mayoría de los casos, el tratamiento constituye la única contrastación empírica de las hipótesis funcionales formuladas.

Por último, conviene hacer notar que en algunos casos el análisis funcional (operante) parece resultar bastante irrelevante, especialmente en aquellas ocasiones en las que se ha dado una explicación pavloviana a los problemas.

II.5.2. La estrategia de la conducta clave

Dentro de la evaluación conductual se ha venido desarrollando cada vez con más fuerza una nueva tendencia, que tal como es propuesta por algunos autores (p.ej., Patterson, 1976; Wahler, 1975; Evans, 1985), más que contradecir el análisis funcional clásico, lo complementa. Esta corriente ha venido ganando terreno, especialmente desde la entrada dentro de la modificación de conducta de la terapia cognitiva. La estrategia de la *conducta clave* («keystone behavior») parte del supuesto de que los trastornos conductuales están constituidos por clases de conductas que se interrelacionan en los tres sistemas de respuestas: motor, cognitivo y fisiológico (Evans, 1986). Se supone, igualmente, que el modificar alguna clase de conductas, o algunas conductas de una determinada clase, modifica otras clases o la clase entera. Un ejemplo de ello son las conductas que se conciben como cadenas causales y en las que se espera que el cambio de la primera conducta (conducta clave) cambie toda la cadena.

En palabras de Evans (1986), la estrategia de la conducta clave pretende cambiar una conducta para que ésta cambie otra, y ésta a otra, y así sucesivamente. Por ejemplo, podemos aumentar las habilidades de comunicación para facilitar las relaciones sexuales que, a su vez, disminuirán la depresión, lo que debe reducir la ingesta de bebida. O podemos enseñar estrategias de autocontrol para reducir la impulsividad, de tal forma que aumenten los logros académicos, de manera que mejoren las habilidades y conocimientos básicos que, a su vez, facilitarán las oportunidades laborales.

Desde este punto de vista puede fácilmente concluirse que raramente existe una conducta objetivo de tratamiento que deba elegirse en primer lugar, sino que se extrae de un conjunto de conductas objetivo de más o menos la misma importancia. Este enfoque implica que lo que existe son ciertos puntos de comienzo, anteriores a las conductas objetivo a cambiar, que se eligen por la facilidad o rapidez con que el terapeuta puede modificarlos y por los efectos en cascada que sobre tales conductas objetivo producen.

Como puede apreciarse, pues, en tanto que el análisis funcional pretende descubrir relaciones estímulo-respuesta, la estrategia de la conducta clave intenta descubrir relaciones respuesta-respuesta (Evans, 1985; Kazdin, 1985b).

II.5.3. La estrategia diagnóstica

Aunque en otras ramas de la medicina el diagnóstico suele hacerse en función de los factores etiológicos que causan la enfermedad, en psiquiatría el diagnóstico se basa más bien en la forma, topografía o propiedades estructurales de la conducta, en oposición a sus propiedades funcionales.

A pesar de estas diferencias importantes con los enfoques más usuales en evaluación conductual, la estrategia diagnóstica es encontrada de utilidad por muchos autores de este campo (Nathan, 1981; Taylor, 1983).

Según este enfoque, una vez que se le ha asignado a la persona un diagnóstico determinado, se elegirá el tratamiento que se ha encontrado más efectivo para ese tipo de trastorno, suponiendo que tal tratamiento exista. Así, para la depresión puede aconsejarse la terapia cognitiva de Beck; para las fobias, técnicas de exposición; para el exhibicionismo, sensibilización encubierta, etc.

Posiblemente, como han señalado Nelson y Hayes (1986b), este enfoque esté siendo frecuentemente utilizado por los evaluadores conductuales, aun cuando suela hablarse con más frecuencia de la utilización del análisis funcional. Por ejemplo, los hallazgos de Felton y Nelson (1984) señalan que los evaluadores conductuales concordaban más acerca del tratamiento indicado que acerca de las variables controladoras de las conductas a modificar, lo que desde el punto de vista del análisis funcional resulta poco explicable. Posiblemente, como concluyen Nelson y Hayes (1986b), muchos evaluadores conductuales para elegir el tratamiento, más que el análisis funcional, utilizan estrategias diagnósticas.

II.5.4. La estrategia de la guía teórica

Si se admite, como hace ya casi veinte años propuso Yates (1970), que la terapia de conducta se basa en cualquier teoría o sistema de conocimientos procedentes de la psicología científica, y no únicamente en aquéllos derivados de las teorías del aprendizaje, puede proponerse una cuarta estrategia de diagnóstico a la que podemos denominar «de la guía teórica» y de la que el análisis funcional no es sino un caso concreto.

El procedimiento, brevemente expresado, puede describirse de la siguiente forma: enfrentados con las quejas y demandas del paciente, el terapeuta recurre al arsenal de teorías y conocimientos científicos existentes en busca de un sistema conceptual que verse sobre la región de fenómenos con que se encuentra, de tal forma que le sea posible describirlos con precisión y encontrar estrategias de actuación para pasar de un estado A (coincidente con el que actualmente presenta el paciente) a un estado B (coincidente con las metas últimas propuestas).

Esta parece ser la forma de actuar de algunos autores conductuales. Así, ante algunos problemas de tipo depresivo, pueden llegar a plantearse qué estímulos discriminativos los provocan y qué estímulos reforzantes los mantienen (hipótesis operante de las «ganancias secundarias de los síntomas»), de cara a someter al sujeto a procesos de extinción. En tanto que ante otros casos, en los que las mismas conductas van acompañadas de una extensa pérdida de reforzadores puede recurrir a las hipótesis de Fester (1965), o a la de Lazarus (1968b), en las que se considera que el sujeto está sometido a un programa de extinción de las conductas más adaptativas (y, quizá, a un programa de refuerzo de conductas de evitación). En otras ocasiones, por el contrario, puede pensarse que las quejas y demandas del paciente y sus familiares quedan mejor conceptualizadas desde la visión de Lewinsohn (1974), en la que se propone que el paciente carece de las habilidades necesarias para obtener reforzadores en su medio social habitual; o desde la teoría de la «indefensión aprendida» de Seligman (1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), o desde la posición cognitiva de Beck (1979), etc. De este modo, las quejas y demandas planteadas de forma semejante, tras un análisis más detenido, pueden quedar conceptualizadas en una forma distinta y requerir la evaluación de unos u otros contenidos, así como desembocar en uno u otro tipo de tratamiento.

Sobre las ventajas relativas de uno u otro enfoque de elección del tratamiento existen discrepancias entre los distintos autores. Lo que sí parece claro en este momento es que no se justifica la recomendación que hacen algunos de que el análisis funcional debe hacerse de forma rutinaria. En primer lugar, porque en algunos casos puede resultar inútil. En segundo,

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

conseguir, así como la estabilidad temporal del estado alcanzado. Es esta estabilidad la que asegura que el nuevo estado no es una fluctuación azarosa. Por otra parte, la concordancia entre el estado deseado y el estado conseguido asegura que el cambio no es despreciable, que es clínicamente relevante, sea o no estadísticamente significativo.

En nuestra opinión, pues, la línea base es de utilidad para establecer si se ha de emprender o no algún tipo de intervención y para calcular la magnitud del cambio producido tras el tratamiento. En ningún caso para juzgar acerca del éxito de dicho cambio, dando por supuesto que se haya producido.

Si el comportamiento que el sujeto manifiesta en el estado conseguido concuerda con los comportamientos del universo (o universos) definido como meta y el estado instaurado perdura, el terapeuta dirá que el tratamiento ha tenido éxito, ya que se ha logrado la meta que se buscaba. Esto, obviamente, supone que los universos definidos como metas, así como el muestreo realizado de cara a la evaluación de los mismos, se han elegido con cuidado, habiéndose incluido qué conductas deberá manifestar el sujeto, qué conductas no deberá manifestar, en qué situaciones deberán aparecer y en cuáles no..., así como qué criterios de adecuación va a emplear el propio paciente y los distintos agentes sociales que van a valorar los resultados alcanzados. De esta forma, más que una medida del cambio o impacto de la intervención realizada, se obtienen diferentes valoraciones de la adecuación, bondad o éxito del cambio logrado.

III. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Barrios, B. A., «On the changing nature of behavioral assessment», en A. S. Bellack y M. Hersen (comps.), *Behavioral assessment: a practical handbook,* 3.ª ed., Nueva York, Pergamon Press, 1988.

Egan, G., *The skilled helper*, 3.ª ed., Pacific Grove, Calif., Brooks/Cole, 1986.

Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J. A. I. (comps.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*, 3.ª ed., Madrid, Pirámide, 1986.

Goldfried, M. R., «Behavioral assessment: an overview», en A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (comps.), *International handbook of behavior modification and therapy,* Nueva York, Plenum Press, 1982.

Kanfer, F. y Schefft, B., *Guiding the process of therapeutic change,* Champaign, Ill., Research Press, 1988.

Nelson, R. O. y Hayes, S. C. (comps.), *Conceptual foundations of behavioral assessment,* Nueva York, Guilford Press, 1986.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

III. FIABILIDAD, VALIDEZ Y UTILIDAD

III.1. *Fiabilidad*

Comencemos con la cuestión de la *fiabilidad* en evaluación conductual. Es muy posible que la crítica más extendida de los evaluadores conductuales al enfoque psicométrico se concentre en los supuestos de consistencia y estabilidad de la conducta que la interpretación clásica de la fiabilidad lleva consigo (Mischel, 1968). Sin embargo, el pensamiento psicométrico ha evolucionado ya lo bastante como para dejar claro que el núcleo de la teoría de la fiabilidad, es decir, la teoría del error de medición, no tiene por qué estar necesariamente atado a supuestos, por así decirlo, ontológicos sobre el comportamiento; ni a una pretendida consistencia, ni a una pretendida estabilidad, ni a ningún otro supuesto. Así por ejemplo, Raven, ya en el año 1966, dejaba bien en claro que la estabilidad temporal (que técnicamente se conoce como fiabilidad test-retest) *no es* deseable, si se supone que se está intentando medir conductas cambiantes a través del tiempo, y Cattell (1986) viene proponiendo insistentemente la exclusión de la estabilidad temporal del concepto de fiabilidad. Por otra parte, la necesidad de la consistencia interna de los instrumentos viene siendo también repetidamente cuestionada en la vertiente psicométrica. Franzen (1989) resume la idea central al respecto: «el grado de fiabilidad de consistencia interna varía según la homogeneidad teórica del constructo que el test mide» (p. 25). Estabilidad y consistencia dependen, pues, de cuestiones más sustantivas que abordaremos próximamente, y no tienen por qué ser vistas como requisitos *a priori* de la calidad de un instrumento.

Hoy en día, y recogiendo el sentir de muchos evaluadores de la vertiente psicométrica, los problemas de fiabilidad son vistos, de forma pragmática y más realista, como problemas de «generalizabilidad» de las mediciones (para emplear el neologismo introducido por Cronbach y cols., 1963, 1972). Lo esencial reside en qué faceta es en la que interesa generalizar, y hasta qué punto. Asimismo, interpretar los problemas de fiabilidad como problemas de generalizabilidad nos ayuda a diluir los límites entre los conceptos de fiabilidad y validez en su acepción tradicional. Con ello nos damos cuenta de que, previo a todo planteamiento concreto sobre la posibilidad de generalización de la medida a través de una faceta determinada, está la cuestión acerca de la definición de la conducta a medir y de si nuestros instrumentos dan efectivamente cuenta de ella; para ponerlo en términos clásicos, la cuestión acerca de si efectivamente estamos midiendo aquello que pretendemos medir, todo ello y sólo ello, es decir, la cuestión acerca de la validez. No es otra cosa lo que algunos evaluadores conductuales pretenden con la introducción

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

quien citan— sino, por ejemplo, en Mischel (1968), quien en distintos lugares de su libro apunta a la distinción signos-muestras que se atribuye erróneamente a esa autora. En realidad, sólo queda en pie, de la distinción original de Goodenough, que en el caso de la orientación a muestras se trata de ceñirse lo más posible a un tipo determinado de conductas. Nada más.

Pero si nos volvemos a centrar en la importancia dada el concepto de validez de contenido, la cuestión resulta también algo paradójica. Cuando parecíamos encontrar al menos un punto de unión en el que había total acuerdo entre los autores de la vertiente conductual respecto a los criterios psicométricos, ocurre que se nos escurre de entre las manos. ¿Por qué? Porque la aproximación psicométrica está francamente en vías de abandonar el concepto de validez de contenido. En efecto, diversos autores han señalado ya desde hace tiempo su debilidad (Fitzpatrick, 1983; Guion, 1977; Loevinger, 1957; Messick, 1975; Tenopyr, 1977). Pero tampoco se trataría aquí de descubrir cómo el único eslabón firme entre evaluación conductual y psicométrica se rompe. Los evaluadores de la aproximación psicométrica abandonan el *concepto* de validez de contenido, pero no los *problemas* tradicionalmente tratados en torno a él. Lo que ocurre es que, en su mayoría, parecen estar mejor conceptualizados si se les enfoca a través del concepto de validez de constructo (véase, por ejemplo, la recapitulación de Messick, 1989).

La *validez de constructo* ha pasado a ser, sin lugar a dudas, el capítulo más importante dentro del tema de la validez, puesto que los conceptos de «validez» y «validez de constructo» han terminado por confundirse (Anastasi, 1986; Cronbach, 1980; Guion, 1977; Hogan y Nicholson, 1988; Loevinger, 1957; Messick, 1975, 1980, 1989). Para comprender esto hemos debido dar antes dos pasos indispensables. Uno estaba en la evolución del concepto mismo de validez: en la medida en que ésta se estima en función de la calidad de las inferencias que se hacen a partir de los datos obtenidos, identificar los conceptos de validez y validez de constructo significa, en buenas cuentas, que se reclama para tales inferencias un soporte teoricoconceptual cuya carencia durante muchos años ha ido en claro detrimento del psicodiagnóstico como disciplina científica a la vez que aplicada (p.ej., Anastasi, 1967). El otro paso ha consistido en reinterpretar los problemas de validez criterial, por un lado, y de validez de contenido, por otro, como problemas de validez de constructo (Anastasi, 1986). En el caso de la validez criterial, esto se logra al preguntar por los fundamentos teoricoconductuales que justifican la predicción y guían sus pasos, más allá de un empirismo ciego. Así, las relaciones entre predictores y criterios son vistas dentro de una «red nomológica» donde se relacionan elementos observables entre sí, elementos observables y conceptos, y conceptos entre sí, tal como ocurre en cualquier teoría científica. En el caso de la validez de contenido, se trata de darnos cuenta de que, cuando en ella se habla de «universo de contenidos» y de

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

telación estimular, es difícil, por no decir imposible, suponer que ello se logrará sin el concurso tanto de una aproximación descriptivocorrelacional como de una aproximación manipulativoexperimental. En nuestra opinión, la evaluación conductual debe ser considerada dentro de un contexto más amplio (McReynolds, 1986; Mischel, 1988), donde a la vez su aporte pueda dar los mayores frutos. Con ello no hacemos sino alinearnos con quienes piensan que en evaluación psicológica, tal como en otras disciplinas aplicadas, sólo una integración de «las dos disciplinas de la psicología científica», la correlacional y la experimental, hará posible dar una respuesta adecuada a las preguntas que la sociedad nos plantea.

IV. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Fernández-Ballesteros, R. y Carrobles, J. A. I. (comps.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*, 3ª ed., Madrid, Pirámide, 1986.

Messick, S., «Validity», en R. L. Lynn (comp.), *Educational measurement*, 3ª ed., Nueva York, American Council of Education y MacMillan Publishing Company, 1989.

Nelson, R. O. y Hayes, S. C. (comps.), *Conceptual foundations of behavioral assessment*, Nueva York, Guilford Press, 1986.

Silva, F., «El análisis funcional de conducta como disciplina diagnóstica», *Análisis y Modificación de Conducta*, 4, 1978, pp. 28-55.

Silva, F., *Evaluación conductual y criterios psicométricos*, Madrid, Pirámide, 1989.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

tes intentos de sistematizar la literatura sobre la generalización y el mantenimiento y por esta razón se describirá aquí. Sin embargo, la primera de las nueve estrategias, denominada *«Entrenar y Esperar»* por Stokes y Baer, no puede ser considerada una verdadera estrategia de generalización. En esta estrategia, se comprueba el mantenimiento y la generalización, naturales o espontáneos, de los efectos del tratamiento, pero no se emplean procedimientos especiales para fomentar su ocurrencia. Antes de repasar las restantes ocho estrategias verdaderas de mantenimiento y generalización señaladas por Stokes y Baer, se examinarán algunos de los datos que demuestran la eficacia ocasional de la estrategia «Entrenar y Esperar». Estos datos proporcionan indicios que plantean las condiciones bajo las cuales la estrategia puede ser eficaz.

Un ejemplo de mantenimiento, por lo menos a corto plazo, a pesar de la ausencia de una programación orientada a lograrlo, lo proporcionan Jones, Kazdin y Haney (1981a). Emplearon un paquete complejo desarrollado para enseñar habilidades para escapar del fuego a cinco niños provenientes del gueto (edades 8-9) que no conocían dichas habilidades. Los niños aprendieron una secuencia determinada de respuestas en cada una de las distintas situaciones, que permitía un escape seguro. Se registraron mejorías significativas de las habilidades de los niños inmediatamente después de terminar el entrenamiento y en un período de seguimiento de dos semanas. Un seguimiento a los cinco meses encontró un mantenimiento mínimo de estas habilidades (Jones, Kazdin y Haney, 1981b), debido, quizás, a que no hubo oportunidades de practicar la conducta durante ese período de cinco meses.

Forehand, Sturgis, McMahon, Aguar, Wells y Breiner (1979) demostraron un mantenimiento considerable de los efectos del tratamiento bajo condiciones de «Entrenar y Esperar». Estos investigadores trabajaron con diez díadas madre-hijo, remitidas para tratamiento a causa de la falta de adherencia al mismo por parte de los niños. Un programa de entrenamiento, en dos fases, enseñó a las madres a reforzar la conducta de sus hijos, a emplear peticiones apropiadas en vez de órdenes o amenazas y a emplear procedimientos de Tiempo Fuera de manera adecuada. Las observaciones en casa y los cuestionarios pasados a los padres indicaban cambios positivos, tanto en la conducta de los niños como en las percepciones de los padres sobre sus hijos. Estas mejoras se mantenían en seguimientos a los 6 y a los 12 meses.

Más recientemente, Milan, Mitchell, Berger y Pierson (1982) desarrollaron y enseñaron a los padres un programa de encadenamiento y desvanecimiento conocido como «hábitos positivos», como alternativa a los programas de extinción usados habitualmente para la eliminación de las pataletas que tienen lugar a la hora de irse a acostar. Los hábitos positivos tuvieron éxito en la eliminación de las pataletas a la hora de acostarse. Además, los hábitos positivos no provocaban los largos períodos de pataletas que normalmente ocu-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

del repertorio del paciente. Como señalaron Stokes y Baer (1977), la palabra clave es «suficiente», puesto que el propósito de la estrategia es emplear procedimientos económicos (cuantos menos ejemplos sean necesarios enseñar para lograr la generalización, tanto mejor es la técnica). Parece que el Entrenar Muestras Suficientes requiere una habilidad y una planificación substanciales por parte del terapeuta.

Stokes y Baer (1977) describen la sexta estrategia como *Entrenar de Forma no Estructurada.* Se ha empleado más frecuentemente para fomentar la generalización de la respuesta, pero también puede ser eficaz para ayudar a la generalización del estímulo. Ambas cosas pueden lograrse programando variaciones en las situaciones o circunstancias a las que tiene que responder el paciente y alentando la variabilidad, dentro de límites aceptables, de las respuestas del paciente. Supuestamente, el Entrenar de Forma no Estructurada aumenta la capacidad del paciente para responder a situaciones nuevas, al igual que amplía también el repertorio de respuestas del paciente, de modo que las respuestas sean apropiadas a esas nuevas situaciones. La estrategia no se ha discutido con detalle en la literatura, quizás porque parece ser incompatible con las exigencias de la investigación experimental. Hartmann y Atkinson (1973) han comentado esos conflictos aparentes entre el psicólogo conductista como clínico y como investigador.

III.3. *El mantenimiento*

Las dos últimas estrategias de Stokes y Baer (1977) parecen tener un efecto fundamental sobre el mantenimiento de los efectos del tratamiento a lo largo del tiempo. La séptima estrategia, denominada *Introducción a las Contingencias Naturales de Mantenimiento,* subraya la necesidad de tener en cuenta los factores culturales, étnicos y otros similares, cuando se desarrolla un plan de tratamiento. En esta estrategia, se tiene cuidado de asegurarse que la nueva conducta es apropiada para las contingencias de reforzamiento del ambiente natural del paciente, de modo que dicha conducta obtenga reforzamiento en ese ambiente. Como se señaló anteriormente, la conducta que obtiene un reforzamiento poderoso del ambiente natural es más probable que quede «atrapada» y sea mantenida por ese ambiente.

En su octava estrategia, Stokes y Baer (1977) defienden el uso de las *Contingencias No Discriminables.* El objetivo de la estrategia consiste en hacer que las contingencias de reforzamiento, en las situaciones de entrenamiento y de generalización o mantenimiento, sean tan poco discriminables como se pueda lograr, con el fin de mantener la conducta. El ejemplo más conocido de Contingencias No Discriminables es el programa de reforzamiento intermitente (Ferster y Skinner, 1957), que es eficaz para producir una respuesta

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

el reforzamiento intermitente se combinaba con una transferencia de los refuerzos artificiales, como las fichas, a los refuerzos naturales, como la alabanza. Algunos investigadores comenzaron el tratamiento con un paquete complejo y luego, gradualmente, eliminaron algunos o todos los componentes. Aunque existen algunas diferencias en los procedimientos utilizados por estos investigadores, el denominador común es que en cada caso el tratamiento empezó con una relativamente alta tasa de reforzamiento y fue reemplazada gradualmente por una tasa más baja. Dado el éxito informado en estos estudios, está claro que esta estrategia es una de las más poderosas de que disponemos y debería ser considerada de forma habitual cuando las condiciones bajo las que se administra el tratamiento lo permitan.

III.5. *Entrenamiento de los agentes naturales de cambio*

Los *agentes naturales de cambio* pueden definirse como aquellas personas que pertenecen de forma natural y están de modo relativamente permanente en el lugar en el que tienen que ocurrir los cambios de conducta. Los profesores y los compañeros de clase en la escuela, los padres y los esposos en casa, los hermanos y los amigos en la comunidad, y los supervisores y los compañeros laborales en el trabajo, son agentes de cambio potenciales que se encuentran disponibles para llevar a cabo o apoyar los procedimientos de tratamiento en el ambiente natural del paciente específico. Walker y Buckley (1972) evaluaron los efectos de tres diferentes estrategias de mantenimiento que implicaban agentes de cambio naturales actuando sobre la conducta escolar de niños que habían participado en un programa de economía de fichas. La economía de fichas, que tuvo lugar en una clase distinta, corrigió de manera eficaz la conducta de 44 niños y niñas, de 3° a 6° grado [1], remitidos por sus problemas académicos y de ajuste. Los sujetos se asignaron a tres procedimientos de mantenimiento que implicaban agentes de cambio naturales, o a un grupo de control sin mantenimiento.

El primer procedimiento de mantenimiento consistía en igualar las condiciones estimulares entre la clase con economía de fichas y la clase normal, extendiendo los procedimientos de tratamiento y los materiales que eran eficaces en la clase especial, a la clase normal. En el segundo procedimiento, que se denominó «reprogramación por los iguales», se enseñó a los compañeros de los niños y niñas a alabar la conducta apropiada y a ignorar la conducta inapropiada, y se les reforzaba por hacerlo. La tercera estrategia consistía en el entrenamiento de los profesores en técnicas normales de modificación de conducta, como el reforzamiento y el manejo de las contingencias, y luego se les animaba para que diseñasen su propio programa de mantenimiento basado en lo que habían aprendido. Los datos de mantenimiento de la conducta apropiada se recogieron a lo largo de dos meses. Dos de los procedimientos, el igualar las condiciones estimulares y la reprogramación por los iguales, produjeron un mantenimiento similar entre ellos y significativamente más alto que el grupo control. Sin embargo, no había diferencias significativas entre el entrenamiento de los profesores y el grupo control. En este estudio se resalta la importancia de proporcionar entrenamiento específico en los procedimientos de mantenimiento y luego reforzar a los pacientes conforme llevan a cabo esos procedimientos.

---

[1] Aproximadamente el 1.° grado en los Estados Unidos corresponde al 1.° de EGB en España (alrededor de los 6 años). El tercer y el cuarto grado (unos 8 y 9 años, respectivamente) correspondería, por lo tanto, a 3.° y 4.° de EGB. La etapa que se denomina preescolar en los Estados Unidos abarcaría a los niños de tres y cuatro años. *[Nota del compilador.]*

Russo y Koegel (1977) desarrollaron una esmerada intervención, a largo plazo, para adaptar a la vida normal a una niña autista de 5 años muy problemática. La niña mostraba un habla muy inapropiada y frecuentes pataletas. El tratamiento consistía en el reforzamiento con fichas del habla apropiada y de la conducta social, por un terapeuta que trabajaba con la niña durante todo el horario escolar. Durante el curso de tratamiento, se aumentaban gradualmente los requisitos de la respuesta y se eliminaban gradualmente las fichas, remplazándolas por el refuerzo social. Aunque el terapeuta abandonó la clase, se entrenó a los profesores de la niña para que mantuviesen las mejoras conductuales que ella había obtenido. Un seguimiento a los dos años mostró que la niña no tenía problemas importantes y que se había integrado satisfactoriamente en una clase normal. Este caso representa un uso combinado de la atenuación de las consecuencias reforzantes y del entrenamiento de los agentes de cambio naturales, como un medio para mantener la conducta apropiada. Los resultados de esta técnica son especialmente impresionantes cuando se considera la gravedad de los problemas de conducta de la niña.

Halle, Baer y Spradlin (1981) estaban interesados en aumentar y luego mantener el uso del lenguaje en niños con retraso en el desarrollo. Hipotetizaron que adultos bienintencionados podrían evitar que el niño hablase al intervenir verbalmente antes de que el niño pudiera responder. Enseñaron, por consiguiente, a dos profesores de educación especial un «procedimiento de demora», por medio del cual los profesores tenían que ofrecer reforzadores a seis niños con retraso en el lenguaje, pero no tenían que proporcionar el refuerzo hasta que los niños lo pidiesen verbalmente. Durante 10 semanas se llevaron a cabo observaciones sobre el mantenimiento. Los resultados indicaron que un profesor empleaba la técnica de demora con la misma tasa a lo largo del mantenimiento, mientras que el uso del procedimiento por el otro profesor disminuyó de manera continua. La conducta verbal de los niños se mantenía cuando los profesores utilizaban la técnica de modo apropiado, pero desaparecía cuando no lo hacían. Los resultados de este estudio indican que los agentes de cambio naturales pueden ser muy eficaces en el mantenimiento de la conducta. Sin embargo, la naturaleza mezclada de los resultados indica también que la cuestión de cómo se puede mantener la propia conducta de los agentes de cambio a lo largo de una franja de tiempo relativamente larga, es un tema a debatir.

La escasez relativa de estudios sobre el empleo de agentes de cambio naturales puede constituir muy bien un testimonio de las dificultades inherentes a trabajar con estos agentes de cambio con el fin de mantener o generalizar la conducta. Los hallazgos de los estudios citados muestran un cuadro mixto (pero esperanzadoramente desafiante). Parece, por ejemplo, que con nuestro estado actual de conocimiento, es más probable que los beneficios del tratamiento se mantengan cuando los especialistas conductuales continúan con el programa, que cuando se entrena a agentes de cambio naturales y se les anima para que continúen con los procedimientos conductuales, a discreción propia. Sin embargo, cuando el entrenamiento de los agentes de cambio naturales se combina con un programa de reforzamiento por llevar a cabo los programas en los que se ha entrenado a esos agentes de cambio, los resultados son a menudo comparables a aquellos logrados por los especialistas conductuales. Parece que los investigadores conductuales deberían encontrar modos de vigilar y reforzar la conducta de los agentes de cambio naturales, al menos sobre una base periódica. El no hacer esto es probable que produzca disminuciones de las conductas relevantes en los agentes de cambio y, consecuentemente, en las conductas objetivo de los pacientes. La tarea probablemente variará en dificultad, dependiendo de la cantidad de influencia que el investigador conductual tenga sobre un lugar determinado.

III.6. *El empleo del control del estímulo*

El *control del estímulo* es una amplia estrategia por la cual la presencia o ausencia de un estímulo particular o de un complejo de estímulos influye, de modo fiable, sobre si una respuesta o una clase determinada de respuestas tendrá lugar o no. Connis (1979) empleó procedimientos de control del estímulo para mantener la actuación de cuatro personas con incapacidades del desarrollo, después de haber sido entrenadas para realizar trabajos en talleres protegidos. Se necesitó una estrategia de mantenimiento porque los pacientes, una vez que habían sido entrenados, experimentaban dificultades para empezar tareas sin directrices o instrucciones. La estrategia de control del estímulo que empleó Connis consistía en colocar fotografías de conductas relacionadas con el trabajo en la pared que veían cuando entraban en el lugar de trabajo, fotografías que funcionaban como estímulos incitadores para la realización

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

intereses y actividades agradables que sean incompatibles con sus antiguas formas de comportamiento. Los terapeutas negocian a menudo contratos de recaídas con sus pacientes, contratos que son diseñados para limitar el grado de desviación, por parte de los pacientes, del programa de tratamiento en caso de que tenga lugar la recaída. La reestructuración cognitiva se emplea frecuentemente para contrarrestar las reacciones de fracaso, culpa e indefensión personal que se asocian típicamente con una recaída y, por el contrario, centrar la atención en los aspectos del ambiente y del estilo de vida del paciente que precipitaron la recaída, de modo que el programa de tratamiento pueda modificarse para minimizar futuras recaídas.

En la fase final del programa de prevención de las recaídas, se emplea un procedimiento de recaídas programadas, en el que se pide a los pacientes que se desvíen del programa de tratamiento en un momento y lugar específicos designados por el terapeuta. Al hacer esto, los pacientes aprenden que se pueden desviar del, y luego volver al, programa de tratamiento. La recaída programada minimiza la posibilidad de que abandonen el programa de tratamiento cuando ocurra la recaída y que aumenten la probabilidad de que la recaída sea de pequeñas dimensiones, de corta duración y sea superada por una vuelta al programa de tratamiento. El potencial de los programas de prevención de las recaídas se ha demostrado en una variedad de áreas. Fitterling, Martin, Gramling, Cole y Milan (1988), por ejemplo, incluyeron un componente de prevención de las recaídas en su programa de ejercicios de «aerobic» para pacientes con cefaleas vasculares. El programa de ejercicios fue eficaz para aumentar la aptitud, para el «aerobic», de los pacientes, que experimentaban disminuciones asociadas en la actividad de las cefaleas. De los cinco pacientes, cuatro continuaron con los ejercicios 3 meses después de la terminación del programa y tres continuaron haciendo ejercicios 6 meses después de la terminación el mismo.

IV. CONCLUSIONES

Se puede destacar una serie de puntos a partir de la literatura revisada. Algunos de éstos incluyen ideas o conocimientos que pertenecen a los temas del mantenimiento y la generalización; otros reflejan áreas de incertidumbre o de cuestiones pendientes, tanto con respecto a las estrategias de investigación como a las aplicaciones prácticas. Es evidente que la investigación conductual tiene que continuar abordando las cuestiones del mantenimiento y de la generalización, con el fin de alcanzar un impacto verdaderamente significativo en la terapia y en otros lugares de énfasis aplicado. Hasta hace poco, se había prestado relativamente poca atención a estas cuestiones. La

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

8. LAS VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

AURORA GAVINO

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años parece evidente que la famosa máxima de Paul (1967) continúa siendo actual. Tomándola como referencia, Kazdin (1986b) insiste en la necesidad de identificar qué tratamientos son los más adecuados para qué problemas clínicos, con qué personas y bajo qué condiciones.

Quizás este planteamiento se deba a la controversia existente respecto a la eficacia de la psicoterapia en general y al éxito diferencial de las distintas psicoterapias.

Efectivamente, aunque hoy día existe consenso entre los autores al afirmar que la psicoterapia, en general, beneficia a un gran número de pacientes (Bergin y Lambert, 1978; Shapiro y Shapiro, 1982; Smith, Glass y Miller, 1980), es evidente que se necesita conocer a qué se debe dicho beneficio, es decir, qué aspectos de la psicoterapia son los que favorecen los resultados positivos, máxime cuando en el momento actual existen unas implicaciones sociales, políticas y económicas que exigen una demostración palpable de que los tratamientos en el campo de la salud mental son necesarios (Van Den Bos, 1980, 1986). Este hecho es preocupante y, sin duda alguna, concierne especialmente a los clínicos que diariamente se enfrentan a una variedad de alteraciones y pacientes, no sabiendo a menudo cuál será el resultado final de su intervención.

Todo ello ha motivado distintas líneas de investigación, que se pueden agrupar en tres: a) el abordaje directo del «problema», es decir, la creación de estrategias y técnicas dirigidas al tratamiento de la patología (por ejemplo, la desensibilización sistemática [DS] para el tratamiento de fobias, la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de la depresión); b) el estudio diferencial de las técnicas de los «paquetes terapéuticos» (McFall y Lillesand, 1971; McFall y Marston, 1970; McFall y Twentyman, 1973); y c) la investigación de las variables que están presentes en el proceso terapéutico.

De estas tres vías de investigación, últimamente se está incidiendo de manera especial en la última, es decir, en las variables del terapeuta, del paciente, y de la interacción entre ambos (Boget, Clariana y Bayés, 1982;

Universidad de Málaga (España)

Sin embargo, no existen unidades de estudio unánimes para todos los autores. Schaffer llama la atención para que se establezcan unidades por consenso que dirijan las investigaciones futuras, ya se refieran esas unidades a espacios de tiempo o a variables específicas, como, por ejemplo, el tipo de conducta del terapeuta, como él propone, o el contenido, los actos de hablar, etc., como propone Greenberg. De este modo, los jueces que evaluasen esas unidades pudieran distinguir claramente cuándo termina una y comienza otra, evitando, de esta manera, la diversidad de fragmentos a estudiar entre los diferentes jueces y la falta de claridad y especificidad de los procesos que se estudian. Es evidente, entonces, que el motivo de incidir en las unidades de estudio no es otro que el de llegar a un consenso entre los autores dedicados a este tema, para obtener así resultados que pudieran generalizarse. Podemos destacar en esta dirección, el trabajo de autores como Cook y Kipnis (1986), que trabajan con las unidades propuestas por Schaffer, pero atendiendo exclusivamente a las tácticas que usa el terapeuta para cambiar la conducta del paciente (información, instrucciones, explicación, refuerzo verbal, interrupción, apoyo, entre otras). Estos autores estudian la influencia del terapeuta de acuerdo con la teoría del poder social y parten de la hipótesis de que el terapeuta intenta influir en sus pacientes para cambiar la conducta, cogniciones o sentimientos del mismo. Esta influencia tiene una fuerza determinada y unos fines concretos, existiendo diferencias entre terapeutas de diferente sexo. Estos autores hallaron algunos resultados verdaderamente interesantes. Cada terapeuta había tratado a dos pacientes y aparecía consistencia de las categorías utilizadas para los dos pacientes. Los terapeutas masculinos usaban mayor cantidad de tácticas de influencia que los terapeutas femeninos. La proporción de interrupciones era significativamente mayor en terapeutas hombres (un 12% del tiempo) que en terapeutas mujeres (un 2% del tiempo).

Los autores comentan en la discusión que las diferencias individuales sugerían una dimensión de actividad-pasividad. Algunos terapeutas eran activos, usando tácticas de influencia de todo tipo, y algunos eran pasivos, usando pocas tácticas. Los terapeutas eran también consistentes, de un paciente a otro, en el uso de ciertos modos de influencia específicos.

Esta información, que *a priori* parece interesante, no la relacionan los autores con los resultados obtenidos en los tratamientos, ni tampoco informan de la proporción en que cada una de estas tácticas se utilizaba dependiendo del tipo de terapia que se aplicaba. Hubiera sido de gran utilidad el haber recogido estos datos, ya que hubiera permitido al menos esbozar algunas hipótesis sobre la influencia de tales tácticas en el éxito terapéutico, así como si su uso es diferente según el tipo de terapia.

Varios investigadores han seguido en esta línea intentando responder a alguna de estas cuestiones; por ejemplo, Elliot y cols. (1987) han encontrado

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

III. EL PROCESO TERAPÉUTICO O EL HILO DE ARIADNA

En todo lo expuesto hasta aquí es fácil apreciar que el estudio del proceso terapéutico es arduo y complejo, sin conclusiones claras hoy por hoy y, al mismo tiempo, con una gran cantidad de interrogantes por resolver.

Desde nuestro punto de vista, el problema principal es la falta de acuerdo entre los autores a la hora de establecer líneas de investigación comunes. En realidad, éste es un defecto que se mantiene en todos los campos de estudio de la psicoterapia, como ya hemos expuesto en otra parte (Gavino, 1988).

Se supone que en toda interacción humana hay una influencia mayor o menor de una persona sobre la otra. Sin embargo, muchas veces las investigaciones que estudian las variables de esa interacción, en el proceso terapéutico, dan a entender que ésa es la verdadera razón del cambio terapéutico. Se ha pasado, pues, de dar a las técnicas el papel más importante en el cambio del paciente a relegarlas a un lugar bastante irrelevante. Quizá ello se ha debido, como ya se expuso al principio de este trabajo, al deseo de los clínicos de dar una respuesta clara acerca de las causas de la utilidad de la psicoterapia en general y de los motivos de éxito o fracaso de cada terapia en particular.

Como afirma Kanfer (1985), el proceso terapéutico es una continua interrelación entre la información que se recoge, la formulación de objetivos de tratamiento y la retroalimentación de cada uno de los pasos, y el refinamiento de hipótesis sobre la elección óptima de los objetivos. La intervención clínica puede ser, entonces, vista como un proceso de solución de problemas y toma de decisiones. Esta visión implica un modelo básico sobre la tarea del clínico. El paciente presenta un estado inicial (A) que es insatisfactorio, debiendo definir el clínico, en muchos casos junto con el paciente, un estado meta (B) que aliviará el malestar o insatisfacción presente, y propone una serie de pasos (C), así como los instrumentos para la transformación del estado A en el estado B. La selección de objetivos se refiere, entonces, al acto de elegir la combinación adecuada de objetivos situacionales y conductuales y los métodos de cambio que consigan esta transformación. Claramente, las decisiones clínicas dependen de la definición del problema (estado A) por parte del clínico, de la selección de un estado final apropiado (B), y del conocimiento y fuentes de procedimientos para producir el cambio (ver capítulo 5).

El conocer las variables que intervienen en el proceso terapéutico es, por lo tanto, algo importante para esclarecer los resultados que se obtienen. Pero dentro de esas variables se incluyen también algunas completamente olvidadas en los estudios planteados. Entre estas variables destacan la selección de la(s) conducta(s) problema(s) y la de los objetivos a conseguir, aspectos que algunos autores que estudian las variables del proceso terapéutico consideran

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

9. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

M.ª NIEVES VERA Y JAIME VILA

I. INTRODUCCIÓN

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología aplicada en general. Su desarrollo histórico es relativamente reciente, dado que las principales técnicas de relajación, tal como se utilizan actualmente, tienen sus orígenes formales en los primeros años de nuestro siglo. Las primeras publicaciones sobre la *relajación progresiva* de Jacobson y la *relajación autógena* de Schultz son de 1929 y 1932, respectivamente. Otras técnicas de relajación, como las basadas en el biofeedback o retroalimentación, son bastante más recientes, ya que se desarrollaron formalmente a partir de los años sesenta y setenta.

A pesar de los orígenes relativamente nuevos de los procedimientos de relajación, sus antecedentes históricos son antiguos. Existen, por ejemplo, importantes conexiones históricas entre las técnicas de relajación, basadas en la sugestión, y los primeros intentos de tratamiento de la enfermedad mental, basados en el magnetismo animal y la hipnosis, tal como fueron aplicados en los siglos XVII y XIX. Asimismo, los avances en el conocimiento de la anatomía y electrofisiología de los sistemas neuromuscular y neurovegetativo a lo largo de los siglos XVIII y XIX —descubrimiento del carácter eléctrico de las contracciones musculares y de las funciones antagónicas de las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo— fueron decisivos para el posterior desarrollo de las técnicas psicofisiológicas de relajación.

La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la Terapia y Modificación de Conducta, al ser consideradas como parte integrante de otras técnicas —por ejemplo, la desensibilización sistemática— o como técnicas de modificación de conducta en sí mismas. Este impulso inicial se vio reforzado por el lugar relevante que continuaron teniendo en los ámbitos de aplicación más recientes de la medicina conductual y la psicología

---

Universidad de Granada (España)

de la salud. Sin embargo, una parte importante del proceso de consolidación de las técnicas de relajación, se ha debido a la existencia de unos marcos conceptuales derivados de la investigación experimental sobre los procesos emocionales y motivacionales, desde los que nos ha sido posible entender la naturaleza y los mecanismos de acción de dichas técnicas.

En el presente capítulo se describen los fundamentos conceptuales de las técnicas de relajación y se presentan en detalle los procedimientos para la aplicación de las siguientes técnicas: relajación progresiva, relajación pasiva, relajación autógena y la respuesta de relajación. A lo largo del capítulo se resalta la necesidad de integrar las técnicas de relajación dentro de las habilidades clínicas de interacción paciente-terapeuta, adaptándolas a las características individuales de cada persona.

II. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

Aunque se ha tendido a definir la *relajación* por referencia exclusivamente a su correlato fisiológico —por ejemplo, ausencia de tensión muscular—, la relajación, en sentido estricto, constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto (Turpin, 1989). De ahí que cualquier definición de la relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes *fisiológicos* —patrón reducido de activación somática y autónoma—, *subjetivos* —informes verbales de tranquilidad y sosiego— y *conductuales* —estado de quiescencia motora—, así como a sus posibles vías de interacción e influencia. Existen diferentes marcos conceptuales desde los que es posible abordar el estudio psicofisiológico de la relajación. Los principales proceden de las investigaciones sobre procesos emocionales, motivacionales y de aprendizaje.

II.1. *Relajación y emoción*

Desde el ámbito de la emoción, la relajación se ha entendido como un estado con características fisiológicas, subjetivas y conductuales similares a las de los estados emocionales, pero de signo contrario. Las teorías sobre las emociones difieren en el papel que asignan a las respuestas corporales en la evocación de la experiencia emocional. Una de las posturas teóricas más influyentes, conocida como *teoría del arousal-cognición*, propone que la emoción es el producto de una interacción entre un estado de activación fisiológica y un proceso cognitivo de percepción y atribución causal de dicha activación a claves emocionales del ambiente. La activación fisiológica o *arousal* determinaría la cualidad emocional. Ambos componentes son necesarios de forma interactiva: si no hay activación fisiológica no hay emoción, pero si no hay cognición tampoco hay emoción.

La teoría del arousal-cognición supone que la activación fisiológica es inespecífica —esto es, similar en las distintas emociones—, siendo su principal mecanismo de acción la activación del sistema nervioso simpático. De acuerdo con la propuesta inicial de Cannon a principios de siglo, se supone que la rama simpática del sistema nervioso autónomo es la responsable de los cambios fisiológicos presentes en las emociones. Su función es la de preparar al organismo desde un punto de vista energético, proporcionándole el aporte sanguíneo necesario para actuar de forma adaptativa ante las demandas ambientales. Por el contrario, en los estados de tranquilidad y quiescencia —como en el caso de la relajación— el nivel de activación fisiológica se supone mínimo, siendo su principal mecanismo de acción la activación del sistema nervioso parasimpático cuya función es de signo contrario: conservar la energía del organismo. Ambas ramas actuarían según el principio de inhibición recíproca: cuando una se activa la otra se inhibe y viceversa.

Frente a esta concepción de la emoción y de la activación fisiológica, existe una alternativa teórica que considera a las emociones como el producto del feedback aferente de patrones corporales específicos. Existirían distintas emociones caracterizadas por patrones distintos de activación tanto autónoma como somática, siendo uno de los principales sistemas de expresión emocional el de los músculos faciales: expresiones de miedo, ira, tristeza, alegría, etc. Desde esta perspectiva, la activación fisiológica contribuiría tanto a la intensidad como a la cualidad emocional. Por consiguiente, la relajación podría ser entendida no como un estado general caracterizado por un nivel de activación fisiológica mínima, sino como un estado específico caracterizado por un patrón de activación fisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas. La investigación actual parece favorecer a la teoría de la especificidad de la activación, pero sin que ello suponga aceptar una interpretación periferalista o no cognitiva de las emociones. Reconocer la importancia de la activación fisiológica periférica es también compatible con una interpretación cognitiva de carácter central, ya que los cambios corporales pueden ser la consecuencia de la activación de programas motores centrales, tal como postulan algunos modelos cognitivos de la emoción basados en el paradigma del procesamiento de la información (Lang, 1985; Leventhal y Tomarken, 1986).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

pueden obtener los mismos resultados con 8-10 sesiones, más las sesiones de práctica en casa, que con las 90 sesiones originales de Jacobson (Bernstein y Borkovec, 1973; Mitchell, 1977; Wolpe, 1973); y 2) parece que los sujetos siguen mejor la técnica cuando, al menos al principio, es el propio terapeuta quién los dirige en los ejercicios de tensar-relajar (Rimm y Masters, 1974).

Antes de presentar los elementos formales de la técnica, queremos hacer hincapié en una serie de aspectos necesarios para la aplicación de la técnica. En concreto, vamos a considerar aspectos referentes a la evaluación, la relación paciente-terapeuta, el ambiente físico, la voz del terapeuta y la presentación de la técnica.

Aspectos referentes a la evaluación. En clínica, es importante tener en cuenta que ni siquiera una técnica aparentemente sencilla y «buena para todo», puede ser aplicada directamente sin evaluar primero el problema. Sería una pérdida de tiempo y un esfuerzo inútil llevarla a cabo si no se está seguro de que un incremento en la habilidad para relajarse va a ser un factor importante en la resolución del problema que presenta el paciente. Podría ser incluso contraproducente. Esto es así, porque si el paciente no percibe una mejoría progresiva perderá la motivación para seguir trabajando, no sólo con ese terapeuta sino probablemente también con cualquier otro. Por ello, es necesario asegurarse durante el período de evaluación, mediante las distintas técnicas de que disponemos —entrevistas, autorregistros, cuestionarios, observación—, que el principal o uno de los principales problemas del paciente es la tensión excesiva a la que se ve sometido diariamente.

Relación paciente-terapeuta. «El psicólogo no es un simple técnico» es una frase hecha, ampliamente conocida pero poco aplicada. Tanto los aspectos anteriores concernientes a la evaluación como los incluidos en este apartado, hacen referencia a ella. No es suficiente conocer y saber aplicar bien la técnica de relajación; es necesario saber por qué y cuándo, y no sólo que el terapeuta lo conozca, sino que sepa comunicárselo al paciente. Efectivamente, tanto el proceso de evaluación como el terapéutico deben pertenecer al paciente; éste se tiene que convertir, en última instancia, en su propio psicólogo. Para ello, es necesario establecer una buena relación de trabajo en la que esté claro que es el paciente quien va a aprender a resolver sus problemas con la ayuda del psicólogo. Por eso, el terapeuta debe esforzarse en no fomentar en ningún momento la dependencia —por ejemplo, mediante el uso de frases implícitas de «yo te voy a curar, te voy a hacer sentir mejor con este método, etc.»—. Por el contrario, fomentará continuamente la independencia —mediante frases específicas, como por ejemplo: «puedes aprender algo que te sirva para sentirte mejor, tú eres el que elimina la tensión, no hay varitas mágicas, etc.»—. Efectivamente, el éxito de la relajación no de-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

CUADRO 9.1. *Técnica de relajación progresiva.*

Sesiones	*Grupos musculares*	*Ejercicios*
1	Mano y antebrazo dominantes	Se aprieta el puño.
	Bíceps dominante	Se empuja el codo contra el brazo del sillón.
	Mano, antebrazo y bíceps no dominantes	Igual que el miembro dominante.
2	Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se pueda.
	Ojos y nariz	Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
3	Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia afuera. Se abre la boca.
4	Cuello	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda. Se dobla hacia adelante. Se dobla hacia atrás.
5	Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omoplatos.
6	Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia afuera conteniendo la respiración.
7	Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento (o suelo).
	Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo)
	Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro.
	Pierna, pantorrilla y pie izquierdo	Igual que el derecho
8	Secuencia completa de músculos	Sólo relajación.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

de ejercicios para tensar los músculos; distintos tipos de ejercicios para conseguir tensión en los distintos músculos; repetición de los ejercicios más o menos veces (oscila entre 2 ó 3 veces); aprendizaje de pocos músculos cada sesión o de todos juntos desde la primera sesión; orden que siguen los ejercicios (de los brazos a la cabeza y de ahí bajando hasta los pies, o de los brazos a los pies y de ahí subiendo a la cabeza); uso de autoinstrucciones, o instrucciones dadas por el terapeuta; y, por último, posible mezcla de frases de relajación autógena o de relajación pasiva. Ninguna de estas variaciones ha demostrado ser superior sobre cualquier otra (Mitchell, 1977; Rimm y Masters, 1974).

Después de la relajación progresiva, quizás las técnicas más utilizadas en relajación hayan sido las siguientes: la técnica de la relajación pasiva, la técnica de la relajación autógena, y la respuesta de relajación, de Benson. Éstas son las técnicas que vamos a ver a continuación.

III.2. *La técnica de la relajación pasiva*

Se diferencia de la relajación progresiva en que en esta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar grupos musculares. Aunque la relajación progresiva permite percibir estados de tensión muscular de forma muy específica, la técnica de la relajación pasiva tiene alguna ventaja sobre la anterior. Así, puede ser muy útil en los siguientes casos: 1) Con personas que encuentran difícil relajarse después de haber tensado los músculos; 2) con personas en las que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales; y 3) como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa. Para ello, las instrucciones se graban en una cinta con la que el paciente practica diariamente.

Las instrucciones que se especifican a continuación son una adaptación de la técnica de la relajación pasiva utilizada por Schwartz y Haynes (1974). Estas instrucciones pueden ser dadas en la clínica o grabadas en cinta. En ellas, además de las frases propias de la relajación pasiva, se intercalan también frases típicas de la relajación autógena —frases que hacen referencia a sensaciones de peso y calor— y breves indicaciones focalizadas en la respiración. Las instrucciones son las siguientes:

Estás confortablemente reclinado con los ojos cerrados, todas las partes de tu cuerpo están cómodamente apoyadas en el sillón de forma que no hay ninguna necesidad de tensar ningún músculo. Déjate llevar lo máximo que puedas por el sentimiento de relajación (pausa).

Ahora focaliza la atención en tu mano derecha y deja que desaparezca de ella cualquier tensión... Concéntrate en los músculos de tu mano derecha...

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

sientes tu cuerpo en el sillón ... de los puntos de contacto entre tu cuerpo y el sillón, los puntos de contacto de la cabeza, la espalda, los brazos y las piernas (10 segundos). Ahora quiero que te concentres en tu respiración; a medida que inspiras tu abdomen se eleva, y cuando espiras, el abdomen baja suavemente... de forma que la espiración es un poco más larga que la inspiración (10 segundos). Ahora, concéntrate en tu mano y brazo derechos y comienza a decirte mentalmente: Siento mi mano derecha pesada (se repite tres veces), mi mano derecha es pesada y cálida (tres veces), siento mi mano y brazo derechos pesados (tres veces), siento una oleada cálida invadiendo mi mano y brazo derechos (tres veces). Visualiza tu mano y brazo derechos en un sitio cálido, dándoles el sol, mira cómo los rayos de sol descienden y tocan tu mano y brazo derechos... cómo los calientan suavemente. Imagínate que estás tumbado sobre arena caliente, siente el contacto de tu mano y brazo derecho sobre la arena... o introducidos en agua caliente... o cerca de una estufa. Dite: mi mano y brazo derecho se vuelven muy cálidos y pesados. Respira profunda y lentamente, a cada espiración lenta y larga, déjate llevar un poco más, mandando un mensaje de calor y relajación hacia la mano y brazo derecho (10 segundos).

De esta forma el terapeuta repite el mismo tipo de instrucciones para la mano y brazo izquierdo, pie y piernas derecha e izquierda, volviendo después sobre todas la extremidades y pasando al abdomen:

...Mis brazos y manos están cálidos y pesados (15 segundos repitiéndolo). Mis pies y piernas están cálidos y pesados (15 segundos repitiéndolo). Mi abdomen es cálido (3 veces). Mi respiración es lenta y regular (3 veces). Mi corazón late calmada y relajadamente (3 veces). Mi mente está tranquila y en paz (3 veces). Tengo confianza en poder resolver los problemas cotidianos (3 veces). Toda tensión y estrés en mi cuerpo se va disipando a cada larga y suave espiración (3 veces). Cualquier preocupación acerca de mi pasado o futuro se disipa cada vez que espiro (3 veces). Puedo mandarme mensajes positivos acerca de mi propio valor (3 veces). La esencia de la relajación estará conmigo durante todo el día (3 veces). Gradualmente puedo empezar a volver a la habitación manteniendo mis ojos cerrados. Soy consciente de nuevo de los sonidos fuera y dentro de la habitación. Voy sintiendo mi cuerpo sobre el sillón (o la cama). Cuando estés preparado, puedes empezar a mover tus dedos y poco a poco ir abriendo tus ojos.

Como ha podido observarse, este tipo de relajación es de los que utilizan más elementos de sugestión. Sin embargo, aunque es el terapeuta quien enseña y dirige al principio, será después el propio paciente quien lo interiorice y practique solo en casa. También ha podido observarse que en esta técnica no se relajan grupos musculares, sino que exclusivamente se focaliza la atención en las extremidades para calentarlas, y en el abdomen para favorecer la respiración. Como comentamos anteriormente, muchos autores han encontrado útil incorporar a sus técnicas de relajación algunas de las frases de calor y pesadez en las extremidades, así como la concentración en la respiración (Budzynski, 1974; Mitchell, 1977; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

III.4. *La respuesta de relajación*

La «respuesta de relajación» de Benson (1975), es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación. En ellas se utiliza un «mantra» o palabra secreta susurrada al iniciado para producir estados de meditación profunda. Según señala Benson (1975), cualquier palabra puede causar los mismos cambios fisiológicos que el «mantra». Los cambios fisiológicos más consistentemente encontrados son: decrementos en el consumo de oxígeno, decrementos en la eliminación del dióxido de carbono y decrementos en la tasa respiratoria.

Las instrucciones dadas por Benson y su equipo para producir esos cambios son las siguientes:

1) Siéntate en una posición cómoda; 2) Cierra tus ojos; 3) Relaja profundamente todos tus músculos, empezando por tus pies y subiendo hacia tu cara. Manténlos relajados; 4) Respira a través de la nariz siendo consciente de tu respiración. A medida que expulses el aire di la palabra «uno» (one) para tí mismo (puede ser «paz», «relax», o cualquier otra palabra). Por ejemplo, respira adentro... afuera, «uno»; adentro... afuera, «uno»; etc. Respira fácil y naturalmente; 5) Continúa durante 10 ó 20 minutos. Puedes abrir los ojos para ver la hora, pero procura hacerlo poco y no utilices despertador. Cuando termines, siéntate durante varios minutos, primero con los ojos cerrados, y luego, con ellos abiertos. No te levantes hasta que pasen algunos minutos; 6) No te preocupes si no te relajas completamente al principio. Deja que la relajación ocurra a su propio ritmo, no la fuerces. Practica una o dos veces al día. Con la práctica la respiración ocurrirá sin ningún esfuerzo.

Como puede comprobarse, la originalidad de Benson radica en sus instrucciones acerca de la respiración activa, esto es, de la concentración en una palabra que ayude a respirar más lenta y pausadamente, favoreciendo de esta forma la relajación.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

Budzynski, T. H., *Relaxation training program,* Nueva York, BMA Audio Cassettes, Guilford, 1974.

Cautela, J. R. y Groden, J., *Técnicas de relajación,* Barcelona, Martínez Roca, 1985. (Or.: 1978)

Lichstein, K. L., *Clinical relaxation strategies,* Nueva York, Wiley, 1988.

Woolfolk, R. L. y Lehrer, P. M. (comps.), *Principles and practice of stress management*, Nueva York, Guilford, 1984.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

alguna manera la respuesta de ansiedad del animal y luego trasladar gradualmente a dicho animal cada vez más cerca, físicamente, de la jaula y del área experimental asociada con la descarga. Wolpe, que realizó sus experimentos con gatos, seleccionó *comida* como el método para inhibir la ansiedad, ya que es fácil de administrar y proporciona una gran tranquilidad en los gatos. Sus especulaciones se mostraron correctas. Los síntomas neuróticos de cada animal experimental se redujeron por medio de la combinación de una exposición gradual al objeto temido, más la inhibición de la ansiedad a través de la conducta de comer.

Más tarde, Wolpe dirigió su atención hacia el tratamiento de la neurosis humana. Siguiendo el precedente de Watson y Rayner (1920), Wolpe desarrolló su procedimiento de la desensibilización sistemática. La técnica terapéutica funcionaba rápida y totalmente. Esto creó las condiciones para la revolución que siguió en el tratamiento de los trastornos neuróticos de base ansiógena.

Hoy día, hay literalmente cientos de experimentos e informes de casos que evalúan la eficacia de la desensibilización. Es, sin duda, la técnica psicoterapéutica más investigada que existe actualmente. A lo largo del resto del capítulo, intentaremos delinear algunos de los trastornos para los que la DS es el tratamiento a elegir.

III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS

III.1. *Aspectos teóricos*

Desde una perspectiva teórica, existe una gran controversia sobre el mecanismo terapéutico real responsable del cambio de conducta en la desensibilización. Baste decir que estas controversias sobre el mecanismo de cambio han servido para ampliar el rango de aplicación del procedimiento, así como para permitir usos creativos del mismo que incluso Wolpe no habría sospechado.

La posición de Wolpe a lo largo de los años (p.ej., 1958, 1973, 1976, 1981) ha sido que la inhibición recíproca subyace a la DS, de modo que si una conducta aumenta su potencia, entonces otras conductas, en compensación, tienen que disminuir la suya. Por ejemplo, la relajación y la ansiedad son respuestas que se inhiben recíprocamente. Como resultado, si un estímulo provocador de ansiedad con poca potencia se presenta cuando el paciente se encuentra relajado, tendrá lugar el contracondicionamiento. Dicho estímulo ya no provocará ansiedad, sino que, por el contrario, evocará la respuesta de relajación. Otras respuestas, además de la relajación, pueden inhibir también la ansiedad (ver Wolpe, 1973).

En su empleo del constructo de la «ansiedad», Wolpe la define como un patrón de la actividad del sistema nervioso simpático que tiene lugar cuando una persona cree que está expuesta a amenazas o daños. La actividad del componente simpático del sistema nervioso autónomo es la que está asociada con una activación emocional elevada. Los cambios corporales asociados con un aumento de la activación autónoma consisten en una elevación de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca, un aumento de la circulación sanguínea en los grandes grupos de músculos voluntarios junto con una disminución de la circulación sanguínea en el estómago, la dilatación de las pupilas y sequedad de la boca. Se considera que estos fenómenos definen los rasgos de la respuesta de ansiedad.

Wolpe postuló que la respuesta de ansiedad puede ser condicionada clásicamente a estímulos que pasan desapercibidos en el entorno vital del individuo. Por ejemplo, un niño que anteriormente no tenía miedo de ir a la escuela, podría desarrollar miedo hacia la escuela a causa del trato hostil de un determinado profesor a lo largo de un corto período de tiempo. Incluso aunque el niño hubiese tenido relaciones positivas con otros profesores, el elevado nivel de ansiedad provocado por el profesor hostil lleva a un temor condicionado hacia la escuela por medio del proceso de generalización. Incluso pueden llegar a darse sentimientos de malestar con el solo pensamiento de ir a la escuela. La evitación de la escuela se convierte ahora en la estrategia más conveniente para evitar la experiencia de esta ansiedad condicionada.

Wolpe (1958, 1973) postuló posteriormente que el tratamiento psicológico de esas respuestas de miedo puede utilizar el contracondicionamiento, o la sustitución por una respuesta emocionalmente adaptativa de las respuestas de evitación conductual y de un activado sistema nervioso simpático. El mecanismo específico que subyace al contracondicionamiento es la inhibición recíproca. La ansiedad se inhibe por medio de una respuesta opuesta. Una respuesta opuesta eficaz tiene que estar asociada con un aumento en la preponderancia de la actividad del sistema nervioso parasimpático. Wolpe indicó que respuestas como la relajación, la aserción y la conducta sexual, que aumentan la actividad parasimpática, servirían para inhibir recíprocamente la ansiedad y sus correlatos del sistema nervioso simpático.

Esta explicación sigue encajando bien en la literatura actual sobre el aprendizaje animal. El contracondicionamiento pavloviano es un potente fenómeno que tiene lugar en una serie de procedimientos de condicionamiento animal (p.ej., Pavlov, 1927; Pearce y Dickinson, 1975). Además, una serie de teóricos del aprendizaje han sugerido que la inhibición recíproca subyace al contracondicionamiento (p.ej., Estes, 1969). Asimismo, en la década pasada, se ha propuesto una variedad de modelos cuantitativos del condicionamiento operante y pavloviano. A pesar de la diversidad de los modelos que se han propuesto, todos asumen la inhibición recíproca. Esto no quiere decir que todo lo que está implicado en el condicionamiento operante o pavloviano consiste en inhibición recíproca, sino que parece que la inhibición recíproca es un aspecto importante del aprendizaje. De todos los modelos que se han propuesto, dos han sido los más influyentes. En el caso del condicionamiento operante, el propuesto por Hernrstein (1979). En el caso del condicionamiento pavloviano, el modelo propuesto por Rescorla y Wagner (1972) y Wagner y Rescorla (1972).

Sin embargo, los experimentos con sujetos humanos han debilitado uno de los supuestos básicos de la teoría de Wolpe. La ansiedad no parece estar causada por la actividad simpática. Schachter y sus colaboradores (Schachter y Singer, 1962; Schachter y Wheeler, 1962) llevaron a cabo una serie de experimentos que mostraban que el miedo estaba controlado por factores perceptivos. Se inyectaba a los sujetos adrenalina, lo que hacía que las glándulas adrenales liberasen aún mayores cantidades de adrenalina a la corriente sanguínea y, por lo tanto, que aumentasen la actividad simpática durante un largo período de tiempo. Los sujetos de estas investigaciones no experimentaban unas claras emociones de ira y de ansiedad. Por el contrario, experimentaban emociones de euforia o de ira, dependiendo del tipo de conducta mostrado por un colaborador del experimento. Las percepciones de la situación, por parte de los individuos, como amenazantes mediaban si se iba a experimentar ansiedad o no. Así, en vez de provocar estados emocionales, el aumento de la actividad simpática tendía a aumentar un estado emocional ya existente. En consecuencia, el punto de vista teórico de Wolpe de que la relajación muscular funciona reduciendo la ansiedad, por medio del mecanismo que hace que el sistema parasimpático contrarreste e inhiba al sistema nervioso simpático, parece cuestionable.

Otras explicaciones de la DS ponen en tela de juicio a la teoría de la inhibición recíproca. Se ha sugerido que es simplemente la exposición al estímulo temido por el paciente lo que da como resultado una disminución de la ansiedad (p.ej., Marks, 1981). La exposición produce la extinción o habituación de la respuesta de ansiedad (Delprato, 1973; Kazdin y Wilcoxon, 1976; Lader y Matthew, 1968; Waters, McDonald y Koreska, 1972; Watts, 1979).

En la década pasada, se han propuesto distintos tipos de explicaciones procesuales. Las explicaciones cognitivas sugieren que las desensibilizaciones reestructuran las cogniciones de los pacientes (p.ej., Beck, 1976) o cambia su autoeficacia (Bandura, 1977*a*), de modo que ya no sienten ansiedad en presencia del estímulo temido. Rachman (1980) y Lang (1977) han sugerido que la desensibilización permite que tenga lugar un procesamiento emocional, de modo que los estímulos activadores de ansiedad son incorporados e integrados satisfactoriamente por el paciente.

Además, Goldfried ha ofrecido una interpretación de la desensibilización

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

siguientes problemas metodológicos. Primero, ya que los grupos de psicoterapia y los grupos de desensibilización eran dirigidos por numerosos médicos y psiquiatras, respectivamente, los efectos del tratamiento se pueden confundir con los efectos del terapeuta. Además, un médico trató a sujetos individualmente y en el grupo de psicoterapia. En segundo lugar, la duración de cada sesión de tratamiento y la duración del tratamiento general no estaban estandarizados. Los pacientes de la DS se reunían una hora cada semana durante una media de 12 meses; los pacientes del grupo de psicoterapia, 1,5 horas a la semana durante una media de 12 meses; y los pacientes de psicoterapia individual, 1,5 horas a la semana, durante una media de 18 meses. Tercero, las evaluaciones de los resultados eran de naturaleza subjetiva, pudiéndose cuestionar su validez. Cuarto, la ausencia de un grupo de placebo nos lleva a preguntarnos si los resultados pueden atribuirse únicamente a la atención del terapeuta. Quinto, el no haber llevado a cabo evaluaciones sobre la credibilidad hace que no se sepa si los tratamientos eran percibidos de forma diferente por los pacientes. Finalmente, desde un punto de vista estadístico, se empleó el análisis de varianza univariado, para evaluar los resultados de numerosas medidas. En este caso habrían sido más apropiadas pruebas multivariadas.

III.2.2. Ansiedad ante la evaluación social

La aplicación de la DS al problema de la ansiedad ante la evaluación social fue analizada cuidadosamente en una serie de estudios realizados por Paul (1966, 1968, 1969; Paul y Shannon, 1966). El experimento, ahora clásico, de Paul (1966) es uno de los estudios citados más frecuentemente en la literatura de la terapia de conducta y representa la primera comparación bien controlada de la DS con la psicoterapia tradicional.

Por una serie de razones, la investigación de Paul (1966) es un estudio metodológicamente ejemplar. Primero, es importante señalar que, para los sujetos, la ansiedad ante la actuación interpersonal era un problema clínico. Por ejemplo, en el momento de la investigación, uno de los principales requerimientos para licenciarse en la Universidad de Illinois era el hablar en público. Segundo, de un total de 380 voluntarios, sólo los sujetos que estaban más gravemente afectados fueron seleccionados para participar. Los sujetos se seleccionaban cuidadosamente excluyendo aquellos individuos con algunas de las siguientes características: altas puntuaciones de engaño; una historia de tratamiento anterior; poca motivación para la terapia; rasgos psicóticos; y un problema importante diferente al de la ansiedad ante la evaluación social. Además, la duración del problema para la muestra iba de 2 a 20 años y se informaba que el grado de máxima intensidad se alcanzaba en situaciones

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

funciona ninguno de estos métodos, el paciente no es un candidato para la desensibilización.

En resumen, los requisitos para empezar la desensibilización son: a) la ansiedad debe ser irracional; b) el paciente no debería tener muchos miedos o un trastorno grave de la personalidad, c) el paciente puede desarrollar imágenes claras, vívidas, provocadoras de emociones, y d) el paciente puede obtener una respuesta de relajación fiable. Podría parecer insuperable el que algún paciente pudiese satisfacer estos criterios, pero la evidencia muestra que muchos pacientes pueden realizar fácilmente las tareas necesarias (Wolpe, 1982).

Una vez que el terapeuta tiene claro que la DS está indicada y que el paciente puede sacar provecho de la técnica, se empieza con la misma. Se encuentran implicadas cuatro operaciones: 1) entrenamiento en el uso de la *Subjective Units of Discomfort Scale, SUDS* [Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad], 2) entrenamiento en relajación, 3) el desarrollo de jerarquías, y 4) contraponer la relajación a la imagen fóbica.

IV.1. *La Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)*

La escala SUDS la desarrolló Wolpe como un medio de comunicación entre el terapeuta y el paciente y se refería a la magnitud de la respuesta de ansiedad del paciente ante los estímulos provocadores de miedo. La escala SUDS sirve para varias finalidades importantes. Primero, se utiliza para graduar las situaciones estimulares según su potencial provocador de ansiedad, convirtiéndose, así, en un aspecto central de la construcción de la jerarquía. Segundo, proporciona un patrón para juzgar la eficacia del entrenamiento en relajación. Tercero, el terapeuta puede obtener una estimación del nivel de ansiedad de los pacientes al comienzo de las sesiones de tratamiento y durante la presentación de las escenas.

El entrenamiento comienza con la petición del terapeuta al paciente para que piense en la ansiedad más aterradora que haya experimentado o que pueda imaginarse experimentando. A este acontecimiento se le asigna el número 100. Luego, se le pide al paciente que recuerde la experiencia más tranquila y apacible de la que haya disfrutado. A este acontecimiento se le da el 0 en la escala SUDS. Estas experiencias se convierten en los polos extremos de la escala. A menudo es útil hacer que el paciente proporcione experiencias que se coloquen a medio camino entre estos dos extremos de ansiedad y tranquilidad. Además, se le pide al paciente que piense en experiencias que se encuentren entre 0 y 50 y entre 50 y 100. En este punto, la escala se encontrará bien representada en la mente del paciente y mejorará la precisión de la información dada al terapeuta. Conforme los pacientes adquieren más

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

IV.2.3. La relajación progresiva

La relajación progresiva fue desarrollada por Jacobson (1938) y su objetivo es reducir la tensión muscular y, posteriormente, la ansiedad general. El procedimiento de Jacobson implica un formato de entrenamiento muy estructurado que se compone de 50 sesiones de una hora. Wolpe (1982) presentó un enfoque de seis sesiones, flexible, de la relajación progresiva. Como señala Wolpe, no hay un orden intocable para el entrenamiento de varios grupos de músculos, pero el terapeuta debería seguir un orden en su enfoque.

Normalmente es más fácil empezar con las manos y los brazos, por cuestiones de comodidad. Luego se trabaja con las áreas del cuello y la cabeza. Mucha de la tensión que se forma tiene lugar en esta área y se da normalmente una enorme reducción de la ansiedad después de este paso. Luego se trabaja con los músculos abdominales y de las piernas, secuencialmente. Es importante señalar que la respuesta de relajación no se obtiene simplemente por medio de la contracción y la relajación muscular. El terapeuta enfatiza que la atención a las sutiles diferencias entre el estado de tensión muscular y el estado de relajación muscular es la clave de la técnica. El entrenamiento hace que el paciente sea capaz de percibir conscientemente el aumento de la tensión y que, al final del mismo, sea capaz de pensar y decirse «relájate», para lograr la respuesta de relajación. En otras palabras, el paciente llega a poseer el control de su capacidad para percibir el aumento de la ansiedad y llegar a relajarse.

La primera lección empieza haciendo que el paciente apriete el brazo de su sillón. Se le pide que se concentre en las sensaciones producidas en la mano y el antebrazo y que señale la localización exacta de la tensión. Debería ser capaz de contar que siente más tensión en el brazo que en la mano. Se le pide, después, que deje de apretar lentamente y que preste especial atención a la disminución de la tensión muscular de su brazo. El terapeuta repite este proceso tres veces, luego cambia al brazo opuesto y repite los mismos pasos. Más tarde, el terapeuta coge la muñeca del paciente y le pide que doble el brazo. Conforme aumenta la resistencia, el paciente puede experimentar la tensión en el bíceps. Luego el paciente dobla el brazo y el terapeuta le aplica presión sobre la mano. Se le pide al paciente que trate de extender el brazo. Si lo hace, experimentará tensión en los músculos extensores de la parte posterior del brazo. Cada vez que el paciente relaje los músculos, el terapeuta debería alentarle para que centrara su atención en las diferencias entre el estado de tensión muscular y el estado de relajación muscular.

En este punto, ya se ha presentado al paciente los principios básicos de la relajación progresiva. El terapeuta dice ahora:

La tensión o ansiedad que experimentas normalmente es más un estado físico que un estado mental. Proviene de tensar los músculos, aunque podrías no darte cuenta de que tus músculos están tensos. Sólo te das cuenta de que estás ansioso. Te vamos a enseñar ahora a percibir el comienzo de la tensión y luego a interrumpirla empleando esta técnica de tensión-relajación muscular. Quiero que te quites el reloj, las pulseras, los anillos, etc. y que te aflojes cualquier prenda que te apriete, ya que podrían interferir con que te sientas totalmente relajado.

Conforme el terapeuta presenta este material, debería hablar de una manera suave, tranquila y segura, con el fin de facilitar este proceso. Además, el terapeuta necesita estar alerta ante la posibilidad de que el paciente tense grupos de músculos automáticamente (como los músculos faciales) cuando trabaja con otro grupo de músculos. Si ocurre esto, debería señalárselo al paciente y se le debería ayudar para que evitara implicar a otros grupos de músculos distintos del grupo de músculos con el que está trabajando.

Después de esta introducción a la relajación progresiva, el terapeuta hace que el paciente se acueste totalmente en el sillón, con las piernas estiradas y los brazos a los lados del mismo. El terapeuta dirá normalmente:

Cierra los ojos, por favor. Ahora, aspira fuerte y mantén el aire. Echa el aire (después de algunos segundos). Aspira fuerte otra vez. Echa el aire. Ahora, concéntrate en tu mano derecha y cierra fuerte el puño. Aprieta el puño fuerte, más fuerte, todavía más fuerte. (Después de 10 segundos aproximadamente.) Ahora, gradualmente, lentamente, muy lentamente, libera la tensión del puño. Siente cómo va desapareciendo la tensión de tu mano. Concéntrate en cómo lo sientes. Puedes sentir que la tensión escapa de tu mano y, al mismo tiempo, sigues experimentando tensión en la espalda y en el cuello. Aspira profundamente y mantén el aire. Ahora, suéltalo. Aprieta otra vez el puño derecho. Fuerte, más fuerte, aún más fuerte. Ahora, relájalo muy lentamente. Date cuenta, otra vez, de la diferencia entre el estado de tensión muscular y el estado de relajación muscular. Aspira profundamente otra vez. Relájate. Ahora, aprieta otra vez el puño derecho. Mantén la tensión. Suelta ahora la tensión de la mano. Siente la diferencia entre el estado de tensión y el estado de relajación muscular.

Esta serie de instrucciones se repite para cada grupo de músculos. Una secuencia que se puede seguir para el entrenamiento es la siguiente:

1. *Manos.* Se tensan y relajan los puños. Primero uno, luego el otro, y más tarde los dos a la vez.
2. *Antebrazo.* Uno cada vez, las manos cogen el brazo del sillón y aprietan.

3. *Bíceps y tríceps.* Ambos grupos de músculos se tensan y se relajan en la misma secuencia que las manos. Los bíceps se tensan doblando el brazo y tensándolo. Los tríceps se pueden tensar extendiendo el brazo y empujando hacia abajo, sobre el brazo del sillón, con la parte posterior del antebrazo.

4. *Hombros.* Los hombros se pueden tensar empujándolos hacia adelante y hacia atrás.

5. *Cuello.* Primero, se inclina la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla toca el pecho. En un segundo paso, se echa la cabeza hacia atrás y luego hacia la izquierda y hacia la derecha.

6. *Boca.* Se debería abrir la boca tanto como fuera posible. Luego los labios se aprietan fuertemente.

7. *Lengua.* La lengua se aprieta contra el techo de la boca tanto como sea posible. Luego, se aprieta contra el suelo de la boca. Más tarde, se saca fuera de la boca tanto como sea posible.

8. *Ojos.* Primero se abren los ojos tanto como sea posible. Luego se cierran apretándolos fuertemente. Más tarde, con los ojos cerrados, se alzan las cejas; ésto elevará la tensión de la frente.

9. *Espalda.* Teniendo la espalda contra la silla, empuja los hombros hacia adelante. Luego, empuja los hombros hacia atrás y la parte baja de la espalda hacia adelante.

10. *Abdomen.* Empuja hacia adelante los músculos abdominales.

11. *Nalgas.* Tensa los músculos de las nalgas empujándolos hacia adelante junto con las caderas.

12. *Muslos.* Extiende las piernas, levántalas 5 cm. y estíralas hacia afuera tanto como te sea posible.

13. *Pantorrillas.* Extiende las piernas hacia afuera, con los dedos de los pies apuntando recto.

14. *Dedos de los pies.* Primero, los dedos de los pies se curvan hacia abajo y se aprietan contra la parte inferior del zapato y, en segundo lugar, se aprietan contra la parte superior del zapato.

Después de completar la secuencia entera, el terapeuta diría:

Ahora siente la maravillosa sensación de relajación que te envuelve. Déjate sentirla. Tienes una sensación cálida, de relajación. Estás flotando ligeramente sobre el sillón. Relajado. Tranquilo. Ahora, ¿cómo te clasificarías en la escala SUDS? Bien. ¿Tienes algún resto de tensión? Si es así, tensa los músculos en esa parte otra vez.

Normalmente, los pacientes necesitan por lo menos cuatro sesiones antes de que logren una respuesta de relajación fiable y, como se ha indicado anteriormente, cuanto mayor práctica haya entre sesiones más eficaces serán los resultados obtenidos.

El entrenamiento en relajación emplea de 20 a 30 minutos en las primeras seis sesiones. El resto de la hora se pasa recogiendo información y desarrollando la jerarquía.

IV.2.4. La construcción de la jerarquía

Según Wolpe (1982), una jerarquía de ansiedad es una lista de estímulos evocadores de ansiedad, relacionados en contenido y ordenados según la cantidad de ansiedad que provocan. Estos estímulos pueden ser objetos, personas, lugares, sentimientos internos o una combinación de estas clases de estímulos en una jerarquía compleja. Los estímulos serán, a menudo, extrínsecos al individuo, como los perros o la desaprobación social. Sin embargo, pueden también ser internos, como las sensaciones de pérdida de control o de desmayarse. Los estímulos internos pueden ser un componente de la respuesta del individuo a los estímulos externos o bien pueden evocar una potente reacción de temor por sí mismos. Por ejemplo, una persona con temor a la enfermedad física podría responder al aumento de su propia tasa cardíaca asustándose de poder tener un ataque cardíaco, aumentando, por lo tanto, su tasa cardíaca y teniendo aún más miedo.

La construcción de la jerarquía empieza, aproximadamente, a la vez que el entrenamiento en relajación. Sin embargo, el trabajo sobre las jerarquías comienza con el análisis conductual inicial y continúa incluso dentro del tratamiento. Las modificaciones y ajustes de las jerarquías tienen lugar conforme se producen nuevas informaciones. Los pacientes descubrirán a menudo que han olvidado en un primer momento una dimensión o aspecto importante de su fobia. Este material debería incorporarse, cuando se descubra, al tratamiento.

La mejor fuente de información sobre la fobia del paciente es el mismo paciente. El terapeuta ayuda al paciente a discutir cuándo, dónde y bajo qué condiciones tiene lugar la respuesta de ansiedad. Se le pide al paciente que piense y describa situaciones pasadas y futuras que podrían provocar la respuesta. Se alienta al paciente para que genere tantos detalles como sea posible sobre la situación estimular total. Cuantos más detalles se obtengan sobre los estímulos externos e internos, más capaz será el terapeuta de desarrollar una escena clara, provocadora.

Otra fuente de datos para la construcción de la jerarquía proviene del *Fear Survey Schedule* [Inventario de miedos] de Wolpe y Lang (1969). Este Inventario de miedos consta de 108 ítems que describen muchos miedos comunes. Su empleo es útil por una serie de razones. Primero, ayuda a especificar el grado de temor de un paciente, con el fin de determinar si la DS es apropiada o no (hay que recordar que cuanto mayor es el número total de áreas de temor que muestra el paciente, menos efectiva será la DS). Segundo, ayuda a recordar al paciente las áreas de temor que podría haber pasado por alto en su informe verbal. Tercero, ayuda al psicólogo clínico a descubrir cuestiones pertinentes en las reacciones de ansiedad de los pacientes, como una claustrofobia que implica temor a la presencia de un gran número de personas en los ascensores, en la iglesia, en los cines, en los supermercados y en los bancos, además de encontrarse detrás de una puerta cerrada. Este paciente podría presentarse, solamente, con el miedo a los ascensores, pero una exploración cuidadosa podría revelar la lista de miedos señalada anteriormente. Después de recoger esta información, el terapeuta se da cuenta de que no es sólo el miedo a los ascensores lo que necesita tratamiento, sino el patrón generalizado de respuestas claustrofóbicas. De este modo, se debería desarrollar una serie de jerarquías para cubrir cada aspecto de la claustrofobia.

Si el clínico tratase sólo la fobia a los ascensores, probablemente la terapia no tendría éxito, puesto que hay un núcleo más básico en el problema. El tratamiento tiene que dirigirse hacia el núcleo fundamental. Éste requiere una amplia investigación por parte del terapeuta, con el fin de tener una comprensión completa del trastorno de ansiedad del paciente. Una advertencia en el uso del Inventario de miedos es que no proporciona una jerarquía, sino más bien una descripción de las áreas de temor. Cada una de las áreas proporciona el punto de partida para el desarrollo de las jerarquías. Por ejemplo, los miedos a los lugares, iglesias y ascensores abarrotados podría variar a lo largo de una dimensión según el número de personas presentes. En este caso, se desarrolla una jerarquía para cada lugar, que gradualmente aumente el número de personas presentes.

Cuando se conocen los temores centrales y se especifican sus dimensiones, se le pide al paciente que escriba todas las posibles situaciones provocadoras de ansiedad que pueda recordar y que las describa detalladamente en tarjetas. Este trabajo se le prescribe al paciente como tarea para casa y éste y el terapeuta lo revisan en la siguiente sesión. Luego, se le pide al paciente que coloque las tarjetas en un determinado orden, según el nivel de ansiedad que provoquen las situaciones estimulares. Más tarde, se le pide al paciente que proporcione puntuaciones en la escala SUDS para cada situación estimular. Lo ideal es desarrollar de 9 a 10 situaciones estimulares para cada jerarquía, de tal manera que cada situación estimular sea, aproximadamente, 10 unidades SUDS mayores que la anterior. De este modo, hay una estructura gradualmente ascendente en la escala, lo que permitirá aproximaciones graduales al ítem final de la jerarquía —hacia el que se experimenta el temor más intenso. Sin embargo, a veces, 10 unidades será un salto demasiado grande en ansiedad

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

examen de licenciatura en Psicología por segunda vez. La primera vez lo suspendió y entonces empezó a estar ansioso ante la posibilidad de examinarse de nuevo.

a. El tema del examen de licenciatura

1. Dos meses antes del examen (10)
2. Un mes antes del examen (20)
3. Dos semanas antes del examen (30)
4. Una semana antes del examen (40)
5. Dos días antes del examen (50)
6. Un día antes del examen (60)
7. Las hojas de examen se colocan encima de la mesa (70)
8. Contestando a las preguntas del examen (80)
9. La noche antes del examen (85)
10. Conduciendo hacia el lugar del examen (90)
11. Esperando para entrar en la sala de examen (95)
12. Sentado y esperando que empiece el examen (100)

b. Consecuencias del tema de suspender

1. Se siente inadecuado (15)
2. Sus compañeros hablan sobre él a sus espaldas (25)
3. Su familia piensa que es un fracasado (35)
4. Su jefe le pregunta si necesita ayuda (45)
5. Un paciente suyo se entera y quiere dejar el tratamiento con él (55)
6. Le despiden del trabajo (65)
7. Su mujer le abandona porque es estúpido (75)
8. Le prohíben que trabaje como psicólogo (85)
9. No puede conseguir ninguna clase de trabajo (95)

Estos tres ejemplos proporcionan una revisión de varios tipos de jerarquías. Otros ejemplos pueden encontrarse en Wolpe (1982), Rimm y Masters (1974) y Marquis y Morgan (1969).

IV.2.5. El procedimiento de la desensibilización sistemática

Ahora que están construidas las jerarquías y el paciente ha aprendido a relajarse, se puede comenzar con la desensibilización. Normalmente empiezo las sesiones preguntando cómo se siente el paciente, qué nuevos acontecimientos han tenido lugar y si ha pensado en alguna información nueva sobre su problema de ansiedad. Esto se hace por varias razones. Ayuda a establecer

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

aprendemos de tres modos: 1) acciones sobre los objetos, 2) por medio de la imaginación y 3) por medio del lenguaje. En consecuencia, la desensibilización no se vería como un tratamiento completo en sí mismo; por el contrario, el modo que emplea la imaginación sería sólo una de las tres maneras de codificar la información que emplearíamos en el tratamiento. Además, podríamos realizar diversas variaciones consistentes con la teoría del aprendizaje cognitivo. En algún caso he utilizado la relajación junto con la imaginación visual para fortalecer la sensación de autoestima de los pacientes y la capacidad para tomar el control de sus vidas. Por ejemplo, después de relajar al paciente le hago que se imagine a sí mismo pensando positivamente, sintiéndose bien y funcionando adecuadamente en el trabajo, con las personas queridas y en el cuidado de uno mismo. Normalmente, esto implica la construcción de escenas elaboradas y no emplea una jerarquía. Las variaciones de este tipo son parecidas a las técnicas de condicionamiento encubierto (Cautela y Kearney, 1986; Raich, este volumen). Puesto que estas técnicas se describen en otro capítulo, no me detendré en ellas. Esto es simplemente un recordatorio de que la perspectiva teórica que uno mantiene determina las clases de variaciones posibles. Para los propósitos presentes, supondré que la hipótesis de la inhibición recíproca es correcta y seguiré el esquema de Wolpe (1982).

V.1. *Variaciones técnicas*

Existen dos principales variaciones técnicas. La primera es la DS automatizada. En este caso, el terapeuta graba en cinta las instrucciones de relajación y visualización y hace que el paciente escuche la grabación. Ésta puede emplearse en sustitución del terapeuta para dirigir la sesión o como una ayuda de las sesiones con el terapeuta.

La segunda variación técnica consiste en llevar a cabo la DS en un formato grupal. En este caso, el terapeuta tiene una serie de pacientes con temores muy similares, a quienes se aplica la misma jerarquía y les administra el procedimiento como grupo. Tanto Wolpe (1982) como Rimm y Masters (1974) informan de éxitos con este enfoque.

La ventaja principal de estas dos estrategias es un ahorro de tiempo para el terapeuta. Sin embargo, el hacer que el paciente realice la desensibilización automatizada como tarea para casa o que participe en un grupo podría mejorar también los efectos de la terapia.

V.2. *Alternativas a la relajación para la inhibición de la ansiedad*

Para algunos pacientes, las técnicas de relajación para el autocontrol no funcionan. Cuando sucede esto, el terapeuta podría utilizar las benzodiacepinas

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

tirse tan relajado como sea posible y, por lo tanto, generar una experiencia contraansiedad inducida por él mismo.

Un ejemplo de un caso ayudará a elaborar la técnica de la desensibilización «en vivo». La paciente L. era una mujer de 46 años. Estaba casada, tenía dos niños ya crecidos y trabajaba como secretaria de un psiquiatra. Desde que podía recordar, sufría una fobia importante a los ascensores. Su pensamiento más temido era el quedar atrapada en un ascensor. Hasta hace cuatro meses, había sido capaz de evitar los ascensores con apenas dificultades. Sin embargo, recientemente, su jefe se había trasladado a un nuevo edificio de oficinas; la suya se encontraba ahora en el piso 22. Intentó usar el ascensor el primer día que había ido a trabajar al nuevo edificio, pero eso sólo sirvió para empeorar las cosas. Cuando entró en el ascensor, estaba casi lleno de otros pasajeros. Se puso nerviosa y sintió cómo su corazón latía más deprisa, así como sequedad en la boca y molestias en el estómago. El ascensor parecía tardar eternamente para llegar a su oficina, ya que paraba en cada piso durante el camino. Finalmente, en el piso 15, salió corriendo del ascensor y se dirigió hacia el servicio de señoras, donde vomitó. Creyó que todo el mundo en el ascensor se había reído de ella. A partir de ese día, la señora L. subía los 22 pisos por las escaleras; no obstante, se sentía humillada. Finalmente, le dijo a su jefe que iba a dejar el trabajo a causa de sus problemas. Después de preguntarla sobre su fobia, le sugirió que obtuviese ayuda para su problema antes de dejar el trabajo tan apresuradamente. Decidió hacerlo así y, de este modo, vino a mi consulta.

Después de recoger información sobre el problema de la paciente, su desarrollo histórico y la situación de vida actual, durante las dos primeras sesiones, llegué a la conclusión de que tenía una fobia específica y que la DS parecía ser el tratamiento apropiado. No informó de otras fobias durante las entrevistas o en el Inventario de miedos. Además, no mostró señales de un trastorno de personalidad del DSM-III-Eje II. Por consiguiente, empecé a entrenarla en relajación. Decidimos conjuntamente utilizar la relajación progresiva para el entrenamiento en relajación. Durante las siguientes tres sesiones, trabajamos exclusivamente en la relajación progresiva. Ella respondió muy bien a esta técnica y la practicó diligentemente en casa entre sesión y sesión. De este modo, en la sesión seis nos encontrábamos dispuestos a empezar la construcción de la jerarquía. Con el fin de prepararla para dicha tarea, le mandé una tarea para casa al final de la sesión cinco. Le pedí que cogiese 10 tarjetas de 5 x 7,5 cm y escribiese 10 situaciones de temor que incluyesen ascensores en ellas. Hizo toda la tarea para casa que se le mandó; en consecuencia, fuimos capaces de terminar la jerarquía durante la sesión seis. Se desarrolló sólo una jerarquía, que se presenta seguidamente.

Fobia a los ascensores

Ítem	*SUDS*
1. A seis metros del ascensor —pensando en subir en él	10
2. A tres metros del ascensor	20
3. Al pie del ascensor	30
4. Apretando el botón de llamada del ascensor	40
5. Se abren las puertas del ascensor y se prepara para entrar en él	50
6. Sube a un ascensor vacío	60
7. Sube a un ascensor lleno	70
8. Las puertas del ascensor se cierran y se mueve por un edificio con menos de 10 pisos	80
9. Estando dentro de un ascensor en un edificio de 10 a 25 pisos	90
10. Estando dentro de un ascensor en un edificio con más de 25 pisos	100
11. En un ascensor cualquiera que se para entre pisos mientras ella se encuentra dentro	100

Como se puede ver, ésta era una jerarquía unidimensional. El único aspecto notable de ella era que la paciente describió dos ítems de 100 SUDS: Estar dentro de un ascensor en un rascacielos y estar dentro de un ascensor que se ha parado entre pisos.

Después de desarrollar la jerarquía, decidí examinar la capacidad para la imaginación visual de la paciente. Desgraciadamente, la señora L. no podía visualizar. Informó que sólo podía pensar en palabras o desarrollar fragmentos de imágenes. Al principio de la sesión siete, intenté hacer de nuevo que la señora L. visualizara una escena de control, pero fue en vano. Finalmente, durante la segunda mitad de la sesión siete decidí renunciar al empleo de la desensibilización por medio de la imaginación y emplear la técnica «en vivo» con la señora L. Le expliqué los fundamentos del procedimiento «en vivo» y le dije que empezaríamos con el procedimiento de la desensibilización en nuestra próxima sesión. Como había un ascensor en el edificio de siete pisos en el que yo trabajaba, decidí que empezaríamos el tratamiento en el vestíbulo de la clínica para pacientes externos. En la siguiente sesión empezamos sentándonos en una silla en el vestíbulo, que se encontraba aproximadamente a 6 metros del ascensor. Pedí a la señora L. que pensara que iba a subir en el ascensor a mi despacho en el quinto piso. Ella informó de cinco unidades SUDS. Nos quedamos en ese lugar durante 10 minutos, antes de informarse que su nivel de unidades SUDS era cero. Estuvimos allí cinco minutos más, de modo que se pudiera sentir muy cómoda. Luego, nos levantamos y nos dirigimos hacia un sitio a 3 metros de los ascensores. No informó de ninguna ansiedad durante los siguientes cinco minutos. Los progresos que habíamos hecho a los seis metros se habían generalizado a distancias más cortas. Pero, ¿hasta qué distancia? Le pregunté qué pensaba que íbamos a hacer luego. Respondió que podría apretar el botón del ascensor porque sabía que no nos subiríamos al ascensor ese día. Le sugerí que lo intentase. Decidimos que apretaría el botón cada vez que alguien que llegara quisiera subir. La señora L. realizó esta actividad durante 25 minutos. Al principio informó de 45 unidades SUDS —principalmente porque intentó pensar en subir. Después de 10 minutos bajó rápidamente a cero. Después de 25 minutos presionando el botón, terminamos la sesión del día.

En la sesión siguiente, empezamos con la tarea de presionar el botón del ascensor otra vez. La señora L. informó de 20 SUDS durante los primeros 10 minutos; luego, su nivel de ansiedad bajó a cero. Permanecimos en esta situación durante 10 minutos más.

En este punto, me di cuenta de que tendría que saltar el ítem 5 y hacer que la paciente entrase directamente en un ascensor vacío. Como había obtenido previamente permiso de la seguridad del hospital para utilizar uno de los ascensores durante ese período de tiempo, pudimos hacer que se abrieran las puertas, entrar en él y detenerlo con las puertas abiertas. La paciente entró en el ascensor e inmediatamente informó de 70 unidades SUDS. Hablamos sobre sus sentimientos y pensamientos. Después de media hora informó de 20 SUDS. La sesión nueve empezó con la misma actividad. La señora L. informó de 50 SUDS durante 30 minutos aproximadamente y luego, gradualmente, su nivel de ansiedad bajó hasta 10 unidades SUDS. Durante la sesión 10 repetimos este ítem de la jerarquía una tercera vez. La evaluación de su ansiedad más elevada fue de 30 y logró bajar a cero en 20 minutos. La sesión 11 empezó con esta misma actividad, pero la señora L. no informó de ninguna ansiedad.

Luego cerramos la puerta y subimos un piso. La paciente informó de 10 SUDS. Volvimos abajo al vestíbulo y luego de nuevo subimos un piso. Su nivel de ansiedad bajó a cero. Luego, subimos al quinto piso. No informó de ninguna ansiedad. Durante la sesión 12, subimos al séptimo piso (la cima del edificio para pacientes externos). La señora L. experimentó 20 unidades SUDS durante los primeros 15 minutos, pero luego nada durante la siguiente media hora.

En la sesión 13 acordamos encontrarnos en el edificio de oficinas donde ella trabajaba. Nos montamos en el ascensor y subimos hasta el piso 22, donde se encontraba su oficina. Informó de 40 unidades SUDS. Indicó que la presencia de otras dos personas en el ascensor fue la principal razón de su ansiedad. Entonces subimos y bajamos del piso 22 durante el resto de la hora de terapia. El programa de la sesión 14 fue repetir esta situación otra vez. Cuando llegué al edificio de oficinas, la señora L. estaba esperándome en el vestíbulo. «Tengo algo que enseñarle», dijo. Presionó el botón del ascensor,

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

manifiestas y encubiertas desarrolladas para reducir o evitar estímulos históricamente condicionados, evocadores de ansiedad. La tarea de la terapia consiste en detener la conducta de evitación exponiendo al paciente a tantos estímulos de evitación como sea posible, intentando finalmente obtener una completa exposición al EC. Cuanto mayor sea el número de estímulos de evitación experimentados, mayor será la respuesta afectiva resultante. Puesto que la exposición al EC y la subsiguiente respuesta emocional no son seguidas por una respuesta incondicionada (RI), como dolor físico, entonces se hallan presentes las condiciones necesarias para desaprender la asociación entre el EC y la respuesta emocional. Al repetir los elementos del EC en ausencia del estímulo incondicionado biológico (EI), la respuesta emocional sufre un efecto de extinción. Repitiéndolo suficientes veces, la fuente que evoca la conducta sintomática se reduce hasta el punto de la completa eliminación de los síntomas.

El método de la TI para la presentación del EC implica tanto una presentación en vivo de los estímulos temidos, siempre que sea posible, como el empleo de una técnica que utiliza la imaginación presentada por el terapeuta. La técnica que hace uso de la imaginación se elabora de tal forma que incluya componentes estimulares del complejo EC evitado que no se pueden presentar fácilmente en vivo. La tarea del terapeuta consiste en provocar tanta respuesta emocional al complejo EC como sea posible. Cuanto mayor sea la respuesta del paciente, más rápidamente tendrá lugar el desaprendizaje emocional. La aplicación de esta técnica lleva a una relativamente rápida reducción de la conducta sintomática, teniendo lugar, normalmente, cambios significativos en un período que conlleva de una a veinte sesiones de terapia. La técnica se ha utilizado satisfactoriamente con un amplio rango de conductas neuróticas y psicóticas, incluyendo la conducta fóbica, la conducta obsesivocompulsiva, la depresión, la ansiedad penetrante, la histeria, la hipocondría, la psicopatía, las alucinaciones y delirios y otras clases de conducta desviada que tienen lugar en los individuos psicóticos.

Dado que esta técnica constituye un enfoque de exposición directa al EC, desarrollado para evocar altos niveles de respuesta emocional, se ha planteado la cuestión de que dicho enfoque podría ser dañino para el paciente (Levis, 1974; Morganstern, 1973). Esta preocupación proviene, principalmente, de dos fuentes. La primera procede de la teoría freudiana que postula que un paciente con baja fuerza del yo puede «explotar» o volverse psicótico cuando se le expone a «potentes» estímulos emocionales o estresantes. La segunda preocupación resulta de la ansiedad y temores propios del terapeuta al provocar fuertes respuestas emocionales. Stampfl, que desarrolló su procedimiento en 1957, estaba también preocupado con este tema. Para asegurarse de la inocuidad de la técnica, trató durante un período de diez años, antes de publicar la técnica en una revista profesional (Stampfl y Levis, 1967a), una

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

relativamente rápida extinción una vez que se retira el EI. Mowrer (1950, p. 351) que llamó a la preocupación de Freud (1936) sobre este tema, la «paradoja neurótica», se preguntaba por qué la denominada conducta neurótica es al mismo tiempo autoderrotista y autoperpetuante, en vez de llegar a autoeliminarse. Mowrer no sólo consideró a esta paradoja como central para la teoría y la práctica clínicas como hizo Freud, sino que reconoció correctamente que la cuestión de la evitación constante o de la conducta sintomática planteaban serias dificultades a las interpretaciones del aprendizaje de la conducta neurótica (Stampfl, 1987).

Para entender claramente la técnica de la TI, es esencial que el terapeuta comprenda la ingeniosa solución de Stampfl a la «paradoja neurótica», en su explicación teórica sobre el mantenimiento de los síntomas (Stampfl, 1970, 1987; Stampfl y Levis, 1967, 1969a). Las observaciones clínicas revelaron que aunque algunos síntomas humanos parecen durar mucho tiempo, los estímulos de los que inicialmente se informaba que provocaban el comienzo de los síntomas, sufrían, frecuentemente, un cambio con el tiempo, de modo que los primeros estímulos evocadores de miedo dejaban de provocar los síntomas. Teóricamente se sigue que, a causa de la exposición repetida al EC, las propiedades evocadoras de miedo asociadas con estos estímulos producen un efecto de extinción y son reemplazadas en la memoria por un nuevo conjunto de estímulos con propiedades instigadoras de miedo, estímulos que no habían recibido previamente mucha exposición al EC. Estos nuevos estímulos y su reactividad emocional pueden observarse cuando se impide la manifestación de los síntomas. Esta observación llevó a Stampfl a concluir que había un sistema de estímulos implicados en instigar un determinado síntoma y que estos estímulos, que representan la asociación pasada con sucesos condicionantes que implican dolor, se almacenaron en la memoria y se ordenaron de un modo secuencial o serial en términos de su accesibilidad. Además, parecía que estos patrones de estímulos se ordenaban según una dimensión de intensidad del estímulo, siendo los patrones de estímulos más aversivos los menos accesibles. Se ha hipotetizado que estos estímulos codificados en la memoria son activados por una situación estimular de la vida actual del paciente, situación que es similar, sobre una dimensión de generalización, a aquellos estímulos asociados con anteriores sucesos condicionados traumáticos. La función de los síntomas del paciente consiste en bloquear la aparición de esos estímulos y evitar las propiedades intensamente emocionales asociadas a los mismos. Sin embargo, a causa de que estos estímulos generalizados son, finalmente, expuestos, el temor hacia ellos sufre un efecto de extinción que, a su vez, reactiva el siguiente conjunto de señales en la cadena en serie. Stampfl tradujo esta observación a la terminología E-R, ampliando y modificando la ahora hipótesis clásica de conservación de la ansiedad, sugerida por Solomon y Wynne (1954).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

Para obtener una reducción sustancial de los síntomas, puede necesitarse una exposición repetida, no sólo a los elementos del EC directamente relacionados con el comienzo de los síntomas, sino también a los elementos reactivados por el procedimiento de exposición y asociados con los sucesos condicionantes traumáticos. Sin embargo, para que tenga lugar la disminución o eliminación de los síntomas, no es esencial que todos los estímulos condicionados que comprende el complejo EC total que instiga un determinado síntoma sean presentados por el terapeuta o que su presentación sea absolutamente precisa. Los efectos de la extinción que ocurren en la exposición a un determinado conjunto de elementos, deberían generalizarse a otros elementos del EC que no se han expuesto, como una función de la similitud del estímulo. Éste es el proceso inverso al que tiene lugar durante la adquisición del miedo. Sin embargo, es importante que los efectos de la extinción se obtengan con aquellos elementos que tengan la mayor carga afectiva. Finalmente, se seguiría que cuanto mayores son las respuestas emocionales al complejo EC expuesto, mayor es el grado de extinción emocional (ver Levis, 1980a; 1985).

La técnica de la TI se basa principalmente en un único principio, el de la extinción experimental directa. La tarea del terapeuta consiste en extinguir los complejos condicionados del EC aversivo que proporcionan la estimulación para la ocurrencia y mantenimiento de los síntomas. Esto puede lograrse representando, restableciendo, o reproduciendo simbólicamente, en ausencia de dolor físico (EI), los estímulos previamente condicionados que provocan la sintomatología del paciente (Stampfl y Levis, 1967a). En aquellos casos en que los patrones del EC que se están evitando implican estímulos externos discretos, se ha encontrado que la exposición en vivo a estos estímulos es muy eficaz (Levis y Boyd, 1985; Levis y Hare, 1977). Dicha exposición en vivo al EC debería funcionar como una activación de otros estímulos relacionados, internamente codificados. Si la patología no es grave, una generalización suficiente de los efectos de la extinción a partir de la exposición a los estímulos en vivo, puede ser suficiente para reducir la conducta sintomática. Sin embargo, en aquellos casos en los que la historia de condicionamiento es grave o los estímulos que provocan el comienzo de los síntomas son principalmente internos, el terapeuta puede introducir estos estímulos temidos empleando una técnica que utilice la imaginación.

El empleo de un procedimiento que use la imaginación es especialmente necesario para la presentación de aquellos estímulos internos asociados con la representación neural de sucesos condicionados pasados específicos que implican dolor y castigo. Por medio de instrucciones verbales para que intente imaginárselas, se describen al paciente escenas que incorporan varios estímulos (visuales, auditivos, táctiles) que, hipotéticamente, se encuentran ligados a los sucesos condicionados originales. La técnica es un *procedimiento*

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

interno. Dado que los síntomas físicos de los que informa el paciente son parecidos a aquellos que acompañan a los ataques de pánico, el terapeuta podría considerar la posibilidad de que el paciente experimentase también sentimientos de pérdida de control y el posible temor a volverse loco. Otros estímulos no informados podrían incluir el temor a la muerte y a la condenación eterna, la experiencia de la ira, de la tensión muscular, de las palmas sudorosas y sensaciones de ahogo.

Finalmente, el terapeuta, basándose en la información obtenida a partir de una entrevista detallada, intentará generar una cuarta categoría de estímulos, que Stampfl denominó *estímulos dinámicos hipotetizados*. En este caso, el material de entrevista sobre la infancia del paciente —el divorcio de sus padres cuando era un niño y una relación excesivamente estrecha con su madre —unido a la información sobre la naturaleza problemática de su matrimonio sugirió, entre otras cosas, un complejo de Edipo no resuelto. Además de los elementos referentes al complejo de Edipo, pueden surgir otros elementos dinámicos sobre la etapa oral, la etapa anal, los impulsos de muerte, la castración y toda una variedad de estímulos del proceso primario. Estas clases de elementos se convierten en sus equivalentes estimulares. Se ha encontrado que los elementos estimulares son especialmente útiles en el tratamiento de pacientes con trastornos más graves.

La progresión, que va desde la categoría de los estímulos contingentes a los síntomas hasta la de los estímulos dinámicos hipotetizados, es bastante consistente con una progresión a lo largo del continuo en serie del EC. Los estímulos de la primera categoría son los que caen más lejos del EI hipotetizado, mientras que aquellos que se encuentran en la última categoría caen relativamente más cerca a lo largo de la cadena. Sin embargo, esto no es, de ningún modo, una relación lineal. Como se señaló anteriormente, los seres humanos poseen historias de aprendizaje muy complejas. Ningún terapeuta puede esperar encontrar una clara cadena de condicionamiento, en la que los estímulos pertenezcan a una única categoría de estímulos. Por el contrario, es mucho más probable que los estímulos pertenezcan a dos o más categorías simultáneamente. A pesar de esta complejidad, las categorías de estímulos propuestas son útiles para ayudar al terapeuta a desarrollar una conceptualización del caso.

Un importante factor a considerar, al desarrollar los estímulos hipotetizados, es la atención dada a los rasgos críticos del proceso de condicionamiento. Puesto que los acontecimientos condicionados originalmente necesitan de la presencia de un EI, se plantea la suposición de que los estímulos asociados con el dolor y el daño de los tejidos (castigo físico, cortarse, caerse), se han codificado en el cerebro como un recuerdo y funcionan como activadores del EC. Por consiguiente, se supone que los estímulos asociados inmediatamente a las lesiones corporales (p.ej., la visión de la sangre), son elementos integrales del complejo estimular aversivo, aunque no sean informados por el paciente. Stampfl (1970) enfatizó el punto anterior y proporcionó una serie de ejemplos ilustrativos. Considérese un paciente que tiene miedo de caerse de los lugares elevados. Lógicamente se seguiría que el paciente tiene miedo también de las consecuencias corporales del impacto que sigue a la caída. Al reconstruir el miedo, se supone que la secuencia de caer, perteneciente a los estímulos aversivos, se relaciona con la fobia: S1 (estímulos asociados con el estar en un lugar elevado — estímulos contingentes a los síntomas); S2 (estímulos asociados con el caer — estímulos informables); S3 (estímulos asociados con el impacto, como puede ser un cuerpo destrozado — estímulos hipotetizados relacionados) y, si el paciente tiene miedo a lo que venga después de la muerte, S4 (sufrir en el infierno — estímulos dinámicos).

Una vez que está en marcha el proceso de terapia, la confirmación de la validez de los estímulos introducidos se determina por el grado de la reactividad emocional del paciente a las escenas. Frecuentemente el proceso terapéutico liberará los recuerdos reales del suceso traumático condicionado, dando como resultado la incorporación, por parte del terapeuta, de estos estímulos informables y reduciendo la necesidad de un empleo continuo de estímulos hipotetizados. Dados los fundamentos teóricos anteriores y el marco básico del proceso de categorización de los estímulos, los apartados posteriores proporcionarán un esquema de cómo llevar a cabo la técnica de la TI. Aunque Stampfl empleó inicialmente un procedimiento en vivo, la complejidad de los ECs que se evitan dio como resultado el desarrollo de una técnica que utiliza la imaginación, técnica que constituirá el centro principal de nuestra discusión. Una descripción del procedimiento en vivo pueden encontrarse en Barlow (1988), Chambless y Goldstein (1980), Foa y Tillmanns (1980) y Boudewyns y Shipley (1983).

V.2. *Recogida de información*

La recogida de información es una parte integral de cualquier estrategia de tratamiento conductual. Sólo a través de una cuidadosa y sistemática entrevista en profundidad, puede obtener el clínico información suficiente para la clasificación de los estímulos de evitación relevantes.

A menudo es útil empezar a preguntar pidiendo al paciente que describa las preocupaciones que le han llevado a buscar la ayuda del terapeuta, cómo entiende la naturaleza de la psicoterapia y qué le gustaría lograr con la terapia. Durante esta fase de la entrevista, el terapeuta intenta averiguar la gravedad del problema (el grado en el que interfiere con la capacidad del paciente para afrontar las responsabilidades diarias, el número y las clases de situaciones en las que ocurren los síntomas), la duración del problema y las razones por las que el paciente buscó terapia en esta ocasión. Además, el terapeuta debería intentar evaluar la ocurrencia de los acontecimientos significativos de la vida en el momento en que aparecieron por primera vez los síntomas, así como la existencia de otros problemas o preocupaciones.

Es esencial obtener una completa historia médica del paciente, especialmente en aquellos casos en los que un trastorno físico podría explicar el cuadro de síntomas. El terapeuta puede incluso pedir al paciente que se someta a un examen físico completo y que traiga una copia del informe en la siguiente sesión. Se tiene que tomar nota cuidadosa de cualquier medicación que está tomando actualmente el paciente, así como de cualquier condición médica o psiquiátrica que aparezca en la historia de la familia del paciente.

Áreas adicionales que debería evaluar el terapeuta incluyen el estado de ánimo actual; la satisfacción con las relaciones actuales, tanto con la familia como con los amigos; el funcionamiento sexual actual; la presencia de ideas de suicidio, alucinaciones o delirios; una completa historia familiar, incluyendo el desarrollo intelectual, social y sexual del paciente así como su educación religiosa y el estatus socioeconómico de los padres. Dada la preponderancia de los abusos físicos y sexuales en la infancia, se debería también evaluar, de modo habitual, la ocurrencia de ambos tipos de abuso infantil. A través del proceso de entrevista, el terapeuta debería estar desarrollando continuamente hipótesis sobre las clases de estímulos contenidos en cada una de las cuatro categorías anteriores.

V.3. *Plan de tratamiento*

Antes de empezar con el tratamiento formal, el terapeuta debería integrar las hipótesis que se han desarrollado a lo largo del curso de las sesiones iniciales de evaluación. Después de la terminación de ese proceso organizativo, el terapeuta debería ser capaz de contestar a las siguientes preguntas. ¿Cuál(es) es/son el/los problema(s) presente(s) (tanto los que ha identificado el paciente como los que ha descubierto el terapeuta durante el curso de las primeras sesiones de evaluación)? ¿He descartado todas las condiciones médicas que podrían explicar este cuadro de síntomas? ¿Qué impacto tiene el complejo de síntomas en el funcionamiento actual? ¿En qué situaciones ocurren normalmente los síntomas? ¿Cuáles son las fuerzas instigadoras (emociones, historia pasada de aprendizaje) que provocan estos síntomas y cuál es la responsable de su mantenimiento, a pesar del malestar subjetivo experimentado por el paciente? ¿Cuáles son las raíces históricas que se encuentran detrás del desarrollo del complejo de síntomas (por qué estos síntomas y no otro conjunto de ellos que podrían servir para el mismo propósito)?

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

reacciones fóbicas, incluyendo la agorafobia, la conducta obsesivo-compulsiva y los trastornos del estrés postraumático. Tienen todavía que aparecer estudios controlados de otras nosologías. Dados los enormes problemas metodológicos asociados con la investigación con pacientes, se aconseja precaución al plantear cualquier afirmación sobre la técnica. Sin embargo, la tendencia general de los hallazgos de la investigación que emplea una técnica de exposición al EC es muy favorable, sugiriendo que este enfoque puede ser muy prometedor para tratar toda una serie de síntomas. Pensamos que la TI y las técnicas de exposición al EC relacionadas, representan actualmente el enfoque conductual y no conductual más potente disponible hoy día, en términos de la teoría, la investigación y el potencial subyacente.

VIII. RESUMEN

El propósito principal de este capítulo consiste en estimular el interés clínico e investigador en el empleo de principio más fuertemente documentado de la psicología experimental, para eliminar la conducta de miedo y evitación —el principio de la extinción experimental vía la exposición al EC. Los enfoques basados en la extinción, como la Implosión, la Inundación y enfoques de exposición relacionados, se han utilizado para tratar una amplia variedad de problemas psicopatológicos y actualmente existe un creciente campo de investigación con pacientes. El procedimiento de la TI es, principalmente, una técnica de tratamiento que emplea la imaginación desarrollada para extinguir los estímulos críticos almacenados emocionalmente en la historia del paciente, reinstaurando o reproduciendo simbólicamente los estímulos a los que se ha condicionado la respuesta de ansiedad, en ausencia del estímulo incondicionado. Se ha formalizado la teoría subyacente a esta técnica (Levis, 1985) y representa una extensión de la teoría de los dos factores del aprendizaje por evitación y de la teoría del conflicto. Ha generado una considerable investigación de laboratorio, tanto a nivel humano como a nivel animal (ver Levis, 1985, 1989, en prensa) y a nivel de pacientes (ver Levis y Boyd, 1985). La teoría también aborda cuestiones centrales relacionadas con la psicopatología, incluyendo un intento de resolver la paradoja neurótica. La teoría no es estática, sino que está en continuo desarrollo generando nuevas líneas de investigación (Levis, 1988, 1989, en prensa; Stampfl, 1987, 1988). Como ejemplo, Stampfl (1987) ha desarrollado recientemente un enfoque análogo con animales para la conducta agorafóbica, que amplía la hipótesis del EC en serie al añadir un principio sobre el efecto del trabajo mínimo para explicar el mantenimiento de los síntomas.

La técnica ha demostrado ser importante en el sentido de que ha disipado

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

de un procedimiento clínico. Con el fin de colocar esta técnica bajo la rúbrica de «conductual», tiene que producir, de forma fiable, resultados clínicamente significativos que sean firmemente verificados por la investigación experimental controlada. Este objetivo es el que coloca a la terapia de conducta en un lugar único entre las escuelas de psicoterapia. Así, al hablar de los fundamentos empíricos de las técnicas paradójicas dentro de un contexto conductual, se tiene que colocar el énfasis en aquellos estudios que cumplen con el modelo aceptado de la práctica experimental. Aunque una revisión detallada de la literatura sobrepasa el objetivo de la presente discusión, el lector interesado puede consultar, por ejemplo, el trabajo de Ascher, Bowers y Schotte (1985) y el de Seltzer (1986).

A pesar de la gran cantidad de informes no controlados de casos, que han estado disponibles durante muchos años, el análisis experimental sistemático de las técnicas paradójicas se ha abordado solamente en la última década. La investigación sobre el tratamiento del insomnio de iniciación del sueño proporciona el mejor ejemplo de los avances sistemáticos en la evaluación experimental de la IP. En este caso, se puede observar la utilización de métodos de investigación cada vez más sofisticados, que apoyan la eficacia de la IP como una técnica de tratamiento para el insomnio de iniciación del sueño. Así, existen progresos que proceden de afirmaciones basadas en estudios no controlados de casos (p.ej., Ascher, 1975), de diseños experimentales de caso único con distintos grados de sofisticación (Ascher y Efran, 1978; Relinger y Bornstein, 1979; Relinger, Bornstein y Mungas, 1978), de experimentos que incorporan la asignación aleatoria de los sujetos a grupos que comparan los efectos de la IP con los producidos por otros procedimientos conductuales, los debidos al placebo y los que tienen lugar en el grupo control sin tratamiento (Ascher y Turner, 1979; Lacks, Bertelson, Gans y Kunkel, 1983; Turner y Ascher, 1979).

En el primer estudio sobre la IP que incorporaba la distribución aleatoria de los sujetos a los grupos, Turner y Ascher (1979) asignaron a individuos que mostraban niveles clínicamente significativos de insomnio de iniciación del sueño, a dos grupos control (no tratamiento o placebo) o a tres grupos de tratamiento (relajación progresiva, control del estímulo o IP). Los resultados indicaron que no había diferencias entre los tres grupos de tratamiento, pero sí diferencias significativas entre los datos provenientes de los procedimientos de control *versus* los datos provenientes de los procedimientos de tratamiento. De este modo, cuando se le compara con los tratamientos estándar, la técnica de la IP, que no había sido evaluada anteriormente, producía un cambio de conducta igual de satisfactorio. Los sujetos de los tres grupos de tratamiento juzgaron que la disminución de la latencia de iniciación del sueño que habían experimentado, era de suficiente importancia como para no necesitar un tratamiento posterior del problema.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

fisiológicos (p.ej., variables de la tasa cardíaca) y era más probable que fuesen clasificados, en el período de seguimiento como sujetos con baja respuesta. De nuevo, este último hallazgo sugiere una mayor variabilidad entre los pacientes en su respuesta a la IP que en el caso de la exposición o del entrenamiento en técnicas de relajación y de respiración por medio del diafragma.

En su artículo más reciente, Michelson y cols. (1986a), ofrecen una valoración final de toda la investigación. Indican una incapacidad para ver diferencias consistentes entre los tres grupos de tratamiento, en cualquier momento, durante el curso del estudio desde el pretratamiento al seguimiento. Al igual que sucedía con la investigación sobre el insomnio, estos datos apoyan la conclusión de que, en un subgrupo de pacientes, la IP puede ser tan eficaz, o aún más, que las técnicas conductuales tradicionales, en la mejora de una variedad de aspectos cognitivo-conductuales de la agorafobia. Sin embargo, algo de un mayor interés general, fue su conclusión de que cada procedimiento aislado sólo producía un tratamiento incompleto de las molestias de la agorafobia; sugirieron que la terapia de conducta satisfactoria implica un programa con muchas técnicas.

Michelson (1986), en un reanálisis de los datos de los resultados de su proyecto, describió una interacción entre el paciente y las variables de tratamiento; los pacientes cuyo tratamiento estaba en consonancia con su perfil de síntomas obtenían mejores resultados que aquellos cuyo tratamiento desentonaba. De este modo, los pacientes con una preponderancia de síntomas cognitivos (p.ej., fuertes temores de consecuencias desastrosas, con un bajo deterioro conductual y poca activación fisiológica) funcionaban mejor con la IP, mientras que aquellos cuyos síntomas predominantes eran conductuales (p.ej., un elevado deterioro conductual, con un baja activación fisiológica y pocos temores de consecuencias desastrosas) funcionaban mejor con la exposición graduada y los pacientes cuyos síntomas eran predominantemente fisiológicos (p.ej., una elevada activación fisiológica, con un bajo deterioro conductual y pocos temores de consecuencias desastrosas) se beneficiaban más de la relajación progresiva y de la respiración diafragmática.

Las conclusiones de Michelson, junto con las de Espie y Lindsay (1985) proporcionan apoyo a la necesidad de emparejar a los pacientes con los tratamientos, sobre la base de sus perfiles clínicos únicos, incluyendo la manera en que emplean sus sistemas cognitivos para interpretar la realidad. En un estudio relacionado, Ascher y Schotte (1987) llevaron a cabo una investigación piloto, para comprobar esta hipótesis, con individuos que se quejaban de miedo a hablar en público. Las entrevistas las realizaron una serie de profesionales, que informaron de ansiedad y conducta de evitación, clínicamente significativas, asociadas con la conducta de hablar en público relacionada con el trabajo. Se clasificó a estos pacientes en sujetos que manifestaban

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

vínculo terapéutico» se desarrolla y administra con el objetivo de producir un cambio conductual adaptativo (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Aunque los dos dobles vínculos anteriores pueden explicar una variedad de comunicaciones, el doble vínculo terapéutico se ha empleado como guía en la fomulación y administración de procedimientos terapéuticos paradójicos.

Otro concepto interesante, proveniente de la teoría de sistemas, es un método para clasificar las comunicaciones trasformacionales en aquellas relacionadas con un cambio de «primer orden» y aquellas asociadas con un cambio de «segundo orden» (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Basadas, en cierta medida, en la teoría de los tipos lógicos (Whitehead y Russell, 1910), las operaciones de primer orden tienen lugar dentro de las reglas del sistema, mientras que los procesos de segundo orden violan las reglas del sistema. Las soluciones de segundo orden se ven a menudo, desde dentro del sistema, como impredecibles, asombrosas y sorprendentes, puesto que no se basan necesariamente en las reglas y suposiciones de ese sistema. La paradoja terapéutica representa una categoría de las soluciones de segundo orden.

En el tratamiento del insomnio, por ejemplo, se pueden contrastar las operaciones de primer y segundo orden. Los procedimientos de primer orden incluyen el enseñar al individuo alguna clase de técnica de relajación que tiene que practicar a la hora de irse a la cama o el recetar un sedante. Por otra parte, el instruir a la persona para que permanezca despierta toda la noche, como es el caso de la IP, es una operación de segundo orden, puesto que viola muchas de las suposiciones del paciente sobre los enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento del insomnio.

VI. MÉTODO Y VARIACIONES

Uno de los factores más influyentes que determinan la eficacia de la técnica es la relación entre la IP y un aspecto del problema del paciente que se ha denominado «ansiedad recurrente» (Ascher, 1984; Ascher y Schotte, 1987). El empleo de ese término se basa en las observaciones de Ascher de lo que otros han denominado el «segundo temor» (Weekes, 1976), «fobia a la ansiedad» (Ascher, 1980), «miedo a tener miedo» (Evans, 1972; Goldstein y Chambless, 1978) y «sensibilidad a la ansiedad» (Reiss, 1987). Frankl (1955) fue el primero que describió sistemáticamente el fenómeno, asociado a sus primeros informes sobre la IP y la ansiedad anticipatoria.

La ansiedad recurrente se refiere al malestar que experimenta la gente sobre las consecuencias de sus reacciones de temor. Es decir, los individuos afectados se preocupan de que la ansiedad experimentada en el presente alcance un nivel en el que, se imaginan, perderán el control y se expondrán a

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

desastrosas. Esto es poco razonable, porque apostaría que nunca has perdido el control y actuado de un modo realmente embarazoso en situaciones como la que hemos estado hablando. ¿Tengo razón?

P: Bueno, supongo que nunca he perdido realmente el control, pero a veces me he sentido casi insoportablemente nervioso.

T: Seguro, pero al igual que sucedió la última vez, finalmente te tranquilizaste. Pero que finalmente te serenes no significa mucho para tí, porque estás seguro de que sólo fue por casualidad. La próxima vez, dices, no tendrás tanta suerte y realmente estarás en un aprieto. Te digo que nunca será un completo desastre, que siempre te detendrás antes de la humillación completa y que siempre te tranquilizarás. ¿Qué piensas de esto ahora, cuando no estás especialmente nervioso?

P: Lo presentas de forma tan razonable que, bueno, pienso que tienes razón. Pero eso no me ayuda cuando estoy en una situación social.

T: Esto es parte del problema —no te das cuenta de la insensatez de tu papel cuando te encuentras en medio de la representación, por decirlo de alguna manera. De modo que lo que tienes que hacer es demostrarte a tí mismo que la regla de tu papel de que la ansiedad y la pérdida de control están relacionadas no es correcta, incluso cuando te encuentras muy nervioso. Una vez que hayas hecho esto, disminuirá la necesidad de evitación y tendrá el efecto de modular tus experiencias de ansiedad.

[más tarde durante la sesión]

T: Puesto que estás de acuerdo en intentar algo que podría ayudarte a superar este problema, volvamos a la escena que abordamos la semana pasada, pero con un final diferente. Te acercas a una mujer a la que estás interesado en conocer mejor y empiezas a sonrojarte y a sudar. Al darte cuenta de estas reacciones, te pones nervioso. Y, por supuesto, cuanto más nervioso te pones más te sonrojas y más sudas. Luego, empiezan a surgir pensamientos sobre el comportarte de forma embarazosa y el ser humillado. Con el fin de evitar esta hipotetizada tragedia, llevas a cabo conductas de las que estás convencido te ayudarán a mantener el control sobre esta ansiedad. Sin embargo, como ya he dicho, no puedes controlar la ansiedad directamente y los intentos para hacerlo sirven sólo para agravar la situación. Por consiguiente, lo que sugiero es que —cuando te encuentres en una circunstancia similar a la que te describí anteriormente— *abandones* el control.

P: Espera un segundo. ¿Cómo puedo abandonar el control cuando dices que no puedo mantenerlo?

T: Lo que estoy diciendo es que no ejerces un control directo sobre la ansiedad, sino que actúas como si lo hicieras. Y al intentar reducir la

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

su propia creación. El reconocimiento del paciente de su influencia personal sobre las situaciones significativas de su vida, situaciones que anteriormente se percibían como inmodificables, puede dar como resultado una amplia variedad de efectos positivos que tengan importantes implicaciones para un ajuste cada vez más reforzante.

El propósito de este capítulo ha consistido en proporcionar una selección de contenidos con la intención de sugerir que la intención paradójica (IP), junto con una variedad de procedimientos auxiliares, es el tratamiento conductual de preferencia para la ansiedad recurrente. Aunque unos primeros datos empíricos controlados, al igual que una serie de estudios clínicos, parecen apoyar esta aseveración de eficacia, se tiene que emprender todavía una considerable evaluación clínica adicional. Con pocas excepciones, la mayoría de los datos controlados son el producto del estudio de los resultados. Se necesita investigar el proceso que subyace a las instrucciones paradójicas con el fin de comprender los métodos para mejorar el procedimiento. Una ayuda adicional a este respecto sería la información sobre las diferencias individuales de los pacientes y del terapeuta que mejorarían u obstaculizarían el empleo de la IP. La limitaciones de espacio evitan una mayor extensión y explicación del tema. Por consiguiente, el lector interesado en una mayor profundización del mismo puede consultar la bibliografía incluida en el apartado VIII.

VII. RESUMEN

La flexibilidad de los procedimientos terapéuticos paradójicos ha permitido que la mayoría de las escuelas de psicoterapia los empleen de modo bastante consistente con sus orientaciones respectivas. Así, los terapeutas de conducta han empleado estas técnicas de dos maneras. En una forma subordinada, los procedimientos paradójicos se han empleado normalmente para mejorar la cooperación del paciente con el programa terapéutico. Sin embargo, este capítulo describe un empleo de los procedimientos paradójicos, y especialmente de la intención paradójica, más característico, como rasgo central de programas que se centran en la mejora de un fenómeno de ansiedad específico. Aunque asociada en gran medida con la agorafobia, se sugiere que la ansiedad recurrente (conocida también como «miedo al miedo») es un proceso que complica muchos casos de trastornos de ansiedad y de problemas de base ansiógena. Dicha dificultad a menudo no se descubre con la urgencia del problema presente; desgraciadamente, si no se aborda la ansiedad recurrente, obstaculiza, si es que no lo impide, normalmente el progreso terapéutico. En este capítulo, se ilustra la ansiedad recurrente y se describe el tratamiento, en el que la intención paradójica juega un importante papel.

VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Ascher, L. M., «Paradoxical intention», en A. Goldstein y E. B. Foa (comps.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide*, Nueva York, Wiley, 1980.

Ascher, L. M. (comp.), *Therapeutic paradox*, Nueva York, Guilford Press, 1990.

Frankl, V. E., *The doctor and the soul: from psychotherapy to logotherapy*, Nueva York, Knopf, 1955.

Seltzer, L. F., *Paradoxical strategies in psychotherapy: a comprehensive overview and guidebook*, Nueva York, Wiley, 1986.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R., *Change: principles of problem formulation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974.

Weeks, G. R. y L'Abate, L. A., *Paradoxical psychotherapy: theory and practice with individuals, couples, and families*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1982.

13. PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS

JOSÉ CÁCERES CARRASCO

I. INTRODUCCIÓN

Por lo que a los métodos aversivos se refiere, existe toda una serie de aspectos contradictorios y paradójicos que incitan nuestro interés y motivan nuestro estudio. A guisa de introducción querría señalar algunas de estas contradicciones.

No deja de ser paradójico, por ejemplo, el hecho de que las *técnicas aversivas* fueran unas de las primeras en ser empleadas dentro del marco de las técnicas de modificación de conducta, que en la actualidad sigan empleándose con mucha frecuencia a muy diversos niveles —por ejemplo, los padres siguen utilizando procedimientos aversivos en la educación de sus hijos, los profesores los emplean para el control de sus clases, los directores para el diseño de funcionamiento de sus empresas, los planificadores de política social en diversos ámbitos (p.ej., siguen existiendo los recintos penitenciarios) y, por otra parte, en los tiempos que corren, la investigación básica y aplicada en relación con este tipo de técnicas no deja de ser escasa. Es más, desde determinados sectores parece no incentivarse este tipo de investigación [1].

Solamente algunas de las investigaciones diseñadas para clarificar otros aspectos —por ejemplo, los que tienen que ver con la preparación biológica del individuo para desarrollar reacciones aversivas condicionadas ante determinados estímulos y no otros—, podrían tener que ver indirectamente con nuestro tema, especialmente si adoptamos un modelo de funcionamiento de las técnicas aversivas que incluya aspectos del condicionamiento clásico.

Todo ello podría llevarnos a concluir que las técnicas aversivas han perdido su popularidad y que, como suele ocurrir en ocasiones, el «péndulo científico» no favorece a estos procedimientos y no están de moda.

Sin embargo, contrasta que a nivel clínico siga utilizándose este tipo de

---

Servicio Regional de Salud (Pamplona) y Universidad de Deusto (Bilbao) (España).

[1] Algunas revistas especializadas, p.ej., la *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, incluyen la siguiente nota entre sus instrucciones a los autores: «Originales que incluyan el uso de procedimientos aversivos o de castigos, no serán aceptados, por lo general, si procedimientos no aversivos han demostrado su eficacia en la población clínica implicada. Tales manuscritos serán considerados para su publicación únicamente si los procedimientos aversivos se encuentran libres de efectos secundarios, y ofrecen marcadas ventajas [...]».

procedimientos, desde luego no de manera aislada y como único elemento terapéutico, sino englobado en programas de tratamiento más amplios, y también sigue informándose de su eficacia clínica en casos aislados.

Por otra parte, nos es dolorosamente patente el desarrollo de respuestas aversivas condicionadas cuando no las deseamos. Una constante en el tratamiento quimioterapéutico de determinados procesos cancerosos parece ser la aparición de respuestas aversivas condicionadas ante estímulos, en ocasiones sólo remotamente relacionados con los procedimientos quimioterapéuticos, reacciones que se producen, a veces, con un único ensayo y que ponen en un brete la aceptación y, desde luego, su continuidad con algunos pacientes (Olafsdottir, Sjödén y Wrestling, 1986). Otro ejemplo de reacciones aversivas, no siempre deseadas, es el de la aversión «natural» a determinados alimentos (García, Kimeldorf y Koelling, R. A., 1955; García y Koelling, 1966; De Silva y Rachman, 1987).

No deja de sorprender, pues, la facilidad de adquisición y de generalización de este tipo de respuestas en esos contextos, y la dificultad que el clínico aplicado tiene para provocar esa reacción aversiva ante estímulos tales como el alcohol u otros contextos estimulares apetitivos, en los que después de numerosos ensayos, dicha respuesta, o bien no aparece o si aparece se extingue con relativa facilidad y difícilmente se generaliza.

Foxx, Plaska y Bittle (1986a) intentan explicar la ausencia de programas aversivos y de investigaciones aplicadas debido a las siguientes razones:

a. La posible reacción adversa del público y de otros profesionales ante el uso de procedimientos de castigo.
b. La naturaleza de los estímulos aversivos empleados.
c. La preocupación por aspectos relacionados con cuestiones de tipo legal y ético.
d. La seguridad de los sujetos que se someten a este tipo de tratamiento.
e. El potencial que existe para posibles abusos en este campo.

Nosotros hacemos nuestros estos razonamientos y coincidimos con Foxx y cols. (1986a y b) en que, a pesar de todo, las razones anteriormente aducidas para no desarrollar un programa aversivo con algunos pacientes, pueden verse contrarrestadas por toda otra serie de razones más importantes, tanto de tipo clínico como ético. A saber:

a. Cuando el comportamiento desadaptativo del sujeto es tan serio que puede llegar a causarse daños a sí mismo o producir daños a terceros o, incluso, llegar a producirse pérdida de vidas.
b. La naturaleza del comportamiento desadaptativo es extrema y durade-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

IV.1. *Condicionamiento clásico*

Esta teoría, que fue la primera en ser propuesta a la hora de explicar el funcionamiento de las técnicas aversivas, es todavía ampliamente aceptada. Según ella, se supone que la asociación de algunos de los elementos constitutivos de la constelación estimular componente del comportamiento a eliminar (EC), con el estímulo nocivo preseleccionado (EI), hará que el EC provoque una respuesta condicionada de aversión (RC) similar a la respuesta incondicionada (RI) provocada por el EI. Esos elementos estimulares así investidos, al provocar tales respuestas condicionadas, facilitarán la evitación o el escape de toda la constelación estimular de la que forme parte.

Los proponentes de este modelo insisten en que, en el procedimiento terapéutico, se satisfagan requerimientos derivados del estudio con este tipo de fenómenos en el laboratorio (número de ensayos, tiempo entre estímulos, intensidad estimular, etc.). Se explica que estos mecanismos producirían sus efectos, bien a través de cambios en las *respuestas del sujeto,* bien a través de cambios en cuanto a la *función estimular* jugada por los estímulos utilizados, o bien en cuanto a cambios producidos en el *estado del individuo.*

Existen algunos datos que estas teorías difícilmente pueden acomodar. Entre ellos cabe señalar:

1. La dificultad para conseguir respuestas condicionadas resistentes a la extinción fuera del control del paciente.
2. La dificultad a la hora de explicar la generalización masiva de los efectos del tratamiento de la consulta-laboratorio al mundo externo.
3. La dificultad para conseguir el desarrollo de determinadas respuestas condicionadas fisiológicas.
4. No siempre aquellos procedimientos de tratamiento que se ajustan mejor a los requerimientos derivados del estudio del condicionamiento clásico tienen una mayor eficacia.
5. No existe correspondencia entre los cambios producidos por el método de tratamiento y los cambios experimentados en aquellos sujetos en los que el tratamiento tiene éxito.

IV.2. *Condicionamiento operante*

Dado que, en la práctica de la terapia aversiva, el estímulo aversivo no siempre va apareado únicamente con elementos constitutivos de la constelación estimular provocadora del comportamiento desviado, sino que en ocasiones

e. Se debería disponer de una respuesta alternativa que no sea castigada y que produzca el mismo, o más, reforzamiento que la respuesta castigada.

IV.3. *Teorías centrales*

Además de las teorías descritas en los párrafos anteriores, se han propuesto como base del funcionamiento de la terapia aversiva diversas teorías que podríamos llamar *centrales*. Hay que señalar, sin embargo, que la aseveración de Rachman y Teasdale (1969) de que una explicación puramente cognitiva de las terapias aversivas es tan insatisfactoria como una explicación puramente de aprendizaje, sigue siendo válida. Los mecanismos propuestos por estas teorías centrales se resumirían en los siguientes:

IV.3.1. Cambios actitudinales

Algunos autores sugieren que, al igual que otras formas de terapia, la terapia aversiva produciría cambios de actitud en el sujeto que mediatizarían sus cambios conductuales. Así, Marks, Gelder y Bancroft (1970) nos informan de la importancia de los cambios actitudinales en el tratamiento y seguimiento de 17 desviados sexuales.

IV.3.2. Disonancia cognitiva

Las teorías de la disonancia cognitiva conceptualizan al individuo como un procesador activo de la información, que analiza y modifica una gran multitud de elementos cognitivos en un intento de conseguir una cierta «coherencia cognitiva». Estas teorías posiblemente nos ayuden a entender algunas características del paciente y la actitud que le predispone a aceptar o rechazar la terapia aversiva, pero seguramente no nos predicen las consecuencias específicas que resulten de un estado de disonancia cognitiva. Hay que resaltar, sin embargo, que estas explicaciones no son incompatibles con el funcionamiento de los principios de condicionamiento. De hecho, es generalmente aceptado, que las respuestas condicionadas son el producto conjunto de mecanismos cognitivos y reflejos (Kimble, 1967; Prokasy y Allen, 1969).

IV.3.3. Ensayos cognitivos

Para explicar la generalización de la respuesta aversiva condicionada desde la situación clínica a la vida cotidiana se han aducido dos posibles formas de funcionamiento: 1) La hipótesis de la incubación del miedo (Eysenck, 1968), y 2) La hipótesis de ensayos cognitivos (Bandura, 1969). Ambas se diferencian, fundamentalmente, en el papel atribuido al control voluntario (autocontrol) o a su falta (funcionamiento automático), en este proceso de generalización. En ambos casos, la confrontación en la vida real con el estímulo condicionado, o la imaginación de la secuencia de EC-EI, serviría para fortalecer la asociación entre el EC y la respuesta aversiva.

IV.4 *Teoría del estado*

Hallam y Rachman (1972; 1975), tras revisar los diversos modelos teóricos aducidos para explicar el funcionamiento de la terapia aversiva y en un intento de integrar los resultados obtenidos en su propio laboratorio, proponen su *teoría del estado* como base del funcionamiento de la terapia aversiva. Dicha teoría se basa fundamentalmente en el cambio producido en el grado general de «responsividad» de un individuo y no tanto en los cambios en cuanto a las conexiones específicas entre estímulos y respuestas. Un resumen de la teoría es el siguiente:

a. El comportamiento a eliminar se suprime durante períodos de «responsividad» alterada o sensibilización.

b. Dicha sensibilización puede inducirse mediante aversión eléctrica u otros medios conductuales, o a través de una amplia gama de acontecimientos clínicos específicos o acontecimientos no clínicos (detenciones, drogas, presión familiar, etc.).

c. Los efectos de tal sensibilización disminuyen con el tiempo.

d. Aunque no constituyan un requisito especial los procedimientos basados en paradigmas de castigo contingente a la respuesta, su utilización facilitará la supresión de la conducta desviada.

e. Si durante los períodos de sensibilización el comportamiento a eliminar es suprimido de forma adecuada, dos factores ayudarán a mantener este cambio: 1) el desarrollo de un comportamiento reforzante alternativo y 2) el refuerzo obtenido derivado del éxito por suprimir el comportamiento desviado en sí.

IV.5. *Conclusión*

Cabe apuntar, pues, que los procesos subyacentes aducidos a la hora de explicar la eficacia de las terapias aversivas son múltiples y que todavía nos faltan datos para poder delinear, de forma definitiva, un modelo que pueda explicar y acomodar todos los elementos derivados de la situación clínica y de laboratorio. Es muy posible que varios de los paradigmas revisados no sean incompatibles entre sí, sino que se complementen mutuamente y que sea la naturaleza del problema la que determine el que hayamos de insistir en un paradigma u otro. Así, pudiera ser que aquellos comportamientos desviados, en los que juegue un papel específico el poder atractivo del estímulo, hayan de recibir un tratamiento diferente de aquellos cuya perpetuación sea debida, fundamentalmente, a los efectos de una manera determinada de comportarse o de una reacción fisiológica dada.

V. PROCEDIMIENTOS Y VARIACIONES

Aunque en la práctica todos los procedimientos aversivos parezcan ser semejantes, ya que implican la secuencia de un comportamiento no deseado o desadaptativo que es seguido por una estimulación desagradable en contigüidad temporal, existen grandes diferencias, a veces sutiles, entre los procedimientos utilizados por los diversos clínicos. En este apartado revisaremos de forma descriptiva algunos de estos procedimientos y sus variaciones.

Los procedimientos básicos pueden diferenciarse entre sí con base en tres criterios fundamentales:

a. Estímulos condicionados e incondicionados. Es decir, qué aspectos del comportamiento desadaptativo o desajustado son utilizados como punto de referencia y qué estímulos aversivos se emplean.

b. Según la forma de presentación de esos estímulos. Esta forma puede ser real, imaginada o encubierta, o bien imaginada complementada con algún tipo de «recordatorio especial».

c. Según el paradigma teórico en que se base, ya sea pretendiendo seguir un modelo de condicionamiento clásico o bien siguiendo planteamientos operantes.

V.1. *Estímulos*

Una de las primeras preguntas que se debe plantear el clínico que empieza a preparar un programa aversivo, ha de ser qué estímulos aversivos va a utilizar y a qué partes, secuencias o componentes de la constelación estimular desviada se van a asociar.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

obesidad, empleando estímulos olfativos como estímulos incondicionados. El procedimiento empleado por dichos autores es el siguiente:

> El experimentador instruye a los sujetos para que miren a los alimentos objetivo y se imaginen a sí mismos comiéndolos e inhalando profundamente su olor y aroma en ese momento. En los últimos ensayos de cada sesión se pide a los sujetos que prueben cada uno de los alimentos. Tan pronto como el sujeto espira, tras haber olido el aroma de sus alimentos favoritos, se pone en funcionamiento un aparato que, a través de una máscara acoplada a la cara del sujeto, produce toda una serie de olores desagradables. Para este tipo de tratamiento, los autores utilizaron un aparato especialmente diseñado para el mismo (Foreyt y Kennedy, 1971), y los olores utilizados fueron seleccionados entre varios productos químicos malolientes, cuya composición química, toxicidad y valor aversivo de cada uno de ellos se ha descrito (Merck, 1968). Este tratamiento se realizaba generalmente en grupos pequeños de 2 a 5 personas que se sentaban en una mesa rectangular en la cual se colocan los alimentos meta, entre los cuales se incluían bebidas, cervezas, patatas fritas, y cualquier otro alimento sugerido por el sujeto, todos ellos con un alto contenido calórico. Estos alimentos se utilizaban hasta que el sujeto informaba de una pérdida de deseo de consumirlos o hasta que se hacía evidente que el procedimiento no era efectivo con un tipo de alimento concreto. A lo largo del tratamiento, la mayoría de los sujetos fueron condicionados a cinco o seis tipos de alimentos diferentes. El procedimiento aversivo en las sesiones se continuaba hasta que cada uno de los sujetos había recibido al menos 15 ensayos. Cada una de las sesiones duraba de 10 a 15 minutos. Algunos de los sujetos que no pudieron tolerar la totalidad de los ensayos programados para una sesión, por culpa del mal olor, se les excusaba de algunos ensayos.
>
> Antes de ser expuestos a este tipo de tratamiento aversivo, se explicaba detalladamente a cada uno de los sujetos la lógica por la cual se llevaba a cabo tal tipo de intervención. Así, se les decía: *«Tu comer excesivo es un hábito aprendido que se desarrolla por medio de la asociación de la ingestión de alimentos con sensaciones placenteras. La forma de romper este hábito, de desaprenderlo, consiste en sustituir las sensaciones agradables por sensaciones desagradables. La experiencia nos indica que no hay nada que haga que la gente rechace más un alimento que los malos olores. Por ejemplo, ninguno de vosotros se atrevería a comer carne putrefacta, fruta en mal estado, o leche ácida. Nosotros hemos preparado una serie de malos olores y vamos a asociarlos con las comidas favoritas que os causan problemas. La experiencia nos ha demostrado que esta técnica ha sido muy eficaz para otras personas y confiamos que sea eficaz para vosotros también»*.

Maletsky (1980) describe un procedimiento semejante, en el que utilizaba

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

le proporciona, en primer lugar, al paciente una descripción verbal de los procedimientos de tratamiento. A menudo, se le dice al paciente que beba sólo líquidos el día de tratamiento. También se le puede dar una droga estimulante, como la bencedrina, con la intención de facilitar el proceso de condicionamiento y eliminar cualquier efecto hipnótico de la droga emética (en el caso que se use apomorfina). Puesto que hay muchos aspectos de la presentación del alcohol (olor, color, sabor), el tratamiento normalmente tiene lugar en una habitación oscura, insonorizada, donde el paciente se enfrenta a una serie de bebidas alcohólicas, que aparecen iluminadas con el fin de que concentre su atención en ellas. Después de que se le administra el fármaco emético y cuando el paciente empieza a sentir náuseas, se le da para que la tome una bebida alcohólica. El paciente tiene que oler, saborear, darle vueltas en la boca y luego tragarse cada bebida alcohólica que se le presente. Una vez que se traga el licor, tendrá lugar el vómito (Master y cols., 1987).

Nosotros mismos (Cáceres, 1978) hemos tratado el alcoholismo mediante Antabuse *(Disulfurán).* Tras conseguir un nivel de concentración de Disulfurán en la sangre del paciente y explicarle el procedimiento, para reforzar la imagen aversiva de este producto, realizamos, de manera controlada en la situación clínica, una prueba de sus efectos aversivos al producirse la ingestión de alcohol. Para ello dábamos dosis controladas de whisky al sujeto, mientras se hallaba bajo cuidado médico en una situación de relax, y se le estimulaba a analizar las reacciones fisiológicas aversivas que iban apareciendo gradualmente (taquicardia, enrojecimiento general, dificultad en la respiración, caída de la tensión arterial, mareos, etc.). Esta reacción era abortada mediante los medios farmacológicos pertinentes si alcanzaba un determinado nivel de gravedad.

Estudios clásicos que han utilizado este tipo de procedimientos aversivos en el tratamiento del alcoholismo son los de Lemere, Voegtlin y colaboradores (Lemere y Voegtlin, 1940, Voegtlin, 1940; Voegtlin, Lemere, Broz y O'Hallaren, 1941, 1942)

V.1.2. Estímulos condicionados

Hemos de prestar atención a la elección de los estímulos o eslabones comportamentales desviados que hayan de servirnos como estímulos condicionados y a la forma en que hayamos de presentarlos. Para ello es importante determinar previamente, y a veces no es tarea fácil, cuál de los elementos componentes de la constelación estimular sirve para desencadenar con más fuerza el comportamiento no deseado.

En el caso de las parafilias, varios autores han desarrollado procedimien-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

VII. CONCLUSIONES

Hemos de señalar, para concluir, que con la terapia aversiva parece haber ocurrido lo mismo que con otras técnicas terapéuticas: tras un período de popularidad exagerada y utilización indiscriminada, se da pie a otro período más crítico, depurador y analítico. La diferencia, sin embargo, estriba en que, quizás por las razones reseñadas en nuestra introducción, tal período analítico-depurador no se está realizando con la seriedad que se debiera y corremos el riesgo de, como señala un refrán británico, «tirar al bebé con el agua sucia donde le acabamos de bañar». Es decir, desechar el potencial positivo que pudiera existir, de manera indiscriminada.

Existen sobradas pruebas de que el mecanismo aversivo se produce en situaciones naturales (García, Kimeldorf y Koelling, 1955; García y Koelling, 1966; Olafsdottir, Sjödén y Westling, 1986) y de que tal mecanismo puede ser eficaz en el tratamiento de problemas concretos, pero siguen pendientes de contestación las preguntas básicas: ¿Qué tipo de sujetos pueden beneficiarse de ellos, en qué situaciones problema, con qué clase de estímulos aversivos, en qué circunstancias, bajo qué paradigmas, complementados con qué otras técnicas terapéuticas?

VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Cáceres, J., «Técnicas aversivas», en J. Mayor y F. Labrador (comps.), *Manual de modificación de conducta,* Madrid, Alhambra, 1984.

Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D. y Rimm, D. C., *Behavior therapy: techniques and empirical findings* (3ª ed.), San Diego, Calif., Harcourt Brace Jovanovich, 1987.

Rachman, S., y Teasdale, J., *Aversion therapy and behaviour disorders: an analysis,* Coral Gables, Fl., University of Miami Press, 1969.

Sandler, J., «Aversion methods», en F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (comps.), *Helping people change* (3ª ed.), Nueva York, Pergamon Press, 1986. (Hay traducción castellana de la 2ª edición [1980]: *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia,* Bilbao, Desclée de Brouwer, 1988).

Walker, C. E., Hedberg, A. G., Clement, P. W. y Wright, L., *Clinical procedures for behavior therapy,* Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1981.

Walters, G. C. y Grusec, J. E., *Punishment,* San Francisco, Freeman, 1977.

Wilson, G. T., «Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: a re-analysis», *Behaviour Research and Therapy,* 25, 1987, pp. 503-516.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

contrario, hacen que la respuesta se vuelva más variable, lo que da a la nueva respuesta una oportunidad de ser recompensada (Thorndike, 1913).

La influencia de Thorndike fue eclipsada por la de John B. Watson, el fundador de la escuela de psicología conocida como *conductismo.* Watson (1913, 1916, 1925) eliminó todas las referencias a la mente (p.ej., «conciencia», «imágenes mentales») y a los estados subjetivos (p.ej., «satisfacción») de su enfoque de la psicología. Todos los acontecimientos que supuestamente tienen lugar en la mente se interpretaban en términos de la conducta que puede medirse. Por ejemplo, el pensar en silencio es habla subvocal, que puede medirse (en principio) colocando sensores eléctricos en la lengua, cuerdas vocales y otras partes del aparato vocal. El aprendizaje no tiene lugar como un resultado de ideas que se asocian en la mente, sino que es un cambio en la conducta. Dándose cuenta de que toda ciencia necesita unidades, Watson escogió el *reflejo condicionado,* que había sido estudiado por el fisiólogo Pavlov (1927), como la unidad de la conducta aprendida. Según Watson, todo aprendizaje podría explicarse por los principios del condicionamiento estudiados y definidos por Pavlov. En apoyo de esta posición, Watson proporcionó elaboradas explicaciones sobre cómo el resolver un problema para obtener una recompensa (como hicieron los gatos en la jaula de Thorndike) puede verse como secuencias complejas de reflejos condicionados. Sin embargo, estas explicaciones no fueron nunca totalmente satisfactorias.

B. F. Skinner (1935) fue uno de los primeros que distinguió un tipo de condicionamiento basado en la recompensa. Inicialmente se refirió al condicionamiento pavloviano simple como *condicionamiento de Tipo I* y al tipo de condicionamiento recientemente reconocido como *condicionamiento de Tipo II.* Más tarde, empleó los términos *condicionamiento respondiente* y *condicionamiento operante*, para referirse, respectivamente, a aquellos dos tipos de condicionamiento (Skinner, 1938). Poco después de que Skinner hiciera esta distinción, Hilgard y Marquis (1940) escribieron un texto de aprendizaje en el que hicieron una distinción similar entre lo que ellos denominaron *condicionamiento clásico* y *condicionamiento instrumental*, que a veces se usan como sinónimos al condicionamiento respondiente y operante, respectivamente. Sin embargo, Skinner se diferenciaba de la mayoría de los teóricos del aprendizaje al afirmar que el condicionamiento operante es el más importante como objeto de estudio por los psicólogos, ya que la mayoría de nuestra conducta social (p.ej., el habla) es operante. Aunque similar en muchos aspectos a Thorndike, Skinner parece haber sido más influido por Watson. Al igual que éste, Skinner subrayó la importancia de utilizar terminología conductual al hablar sobre aprendizaje. Al igual que Watson, Skinner subrayó la importancia de las unidades conductuales. La unidad de conducta que introdujo Skinner es la *operante*, que se define como una respuesta que es fortalecida o mantenida por sus consecuencias. Al igual que Watson, Skinner siguió a Pavlov al utilizar la terminología estímulo-respuesta de la fisiología; sin embargo, modificó el significado de esos términos con respecto al condicionamiento operante. En el condicionamiento operante, no se considera que la respuesta sea provocada por un estímulo, sino que se dice que es emitida. Una operante puede colocarse bajo el control de un estímulo, pero no en la relación una-uno que implican las denominadas teorías estímulo-respuesta de la conducta. De este modo, Skinner no es un teórico del estímulo-respuesta, aunque a veces se le pone esa etiqueta.

Skinner ha estado muy interesado en las aplicaciones prácticas de sus teorías y descubrimientos. Una de sus primeras aplicaciones fue en el campo de la educación (Skinner, 1954, 1958, 1961), donde desarrolló máquinas de enseñar y la instrucción programada. Además, él y sus estudiantes hicieron investigaciones con pacientes psicóticos y, aunque esta investigación era de naturaleza básica, emplearon el término *terapia de conducta* para describirla y, de esta manera, fueron los primeros que, probablemente, emplearon ese término (Lindsley, Skinner y Solomon, 1953). Sin embargo, quizás la mayor influencia de Skinner sobre los métodos operantes aplicados han sido sus escritos teóricos en los que especulaba sobre cómo se puede aplicar su enfoque a áreas tan diversas como la educación, el gobierno y la terapia (Skinner, 1953).

Una de las primeras aplicaciones de los métodos operantes, recogida en la literatura sobre el tema, fue la llevada a cabo por Fuller (1949), que utilizó el reforzamiento para aumentar la conducta de levantar el brazo en un individuo deficiente con muchas minusvalías. El número de estudios sobre la aplicación de los métodos operantes creció gradualmente a lo largo de los años cincuenta y sesenta. Algunos de los estudios más influyentes de estas décadas fueron los de Flanagan, Goldiamond y Azrin (1958), que emplearon métodos operantes para disminuir la tartamudez; Ayllon y Michael (1959), Isaacs, Thomas y Goldiamond (1960) y Ayllon y Azrin (1965, 1968) que utilizaron métodos operantes para controlar y modificar la conducta anormal en pacientes psicóticos; Wolf, Risley y Mees (1964) y Lovaas (1966), que usaron métodos operantes para desarrollar el habla en niños autistas; Birnbrauer, Bijou, Wolf y Kiddeer (1965), que emplearon métodos operantes para desarrollar habilidades académicas en niños deficientes; Patterson (1965) que utilizó métodos operantes para reducir la hiperactividad; Schwitzgebel (1964), que usó métodos operantes con delincuentes juveniles; y Keller (1968), que aplicó métodos operantes a la educación superior. Desde los años sesenta, ha habido numerosos estudios sobre el empleo de los métodos operantes y se han aplicado a, prácticamente, todas las áreas de la psicología.

La investigación básica y aplicada sobre el condicionamiento operante sigue siendo de un creciente interés. En 1958, la *Society for the Experimental Analysis of Behavior* [Sociedad para el Análisis Experimental de la Conducta] fundó la *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, JEAB,* [Revista del Análisis Experimental de la Conducta], dedicada principalmente a la investigación que seguía el enfoque iniciado por Skinner. Aunque la mayoría de sus artículos son informes de investigaciones operantes básicas, la *JEAB* publicó algunos de los primeros estudios operantes aplicados. Sin embargo, en 1968, debido al aumento de estudios operantes aplicados, la Society for the Experimental Analysis of Behavior fundó una nueva revista para recogerlos, la *Journal of Applied Behavior Analysis, JABA* [Revista del Análisis de Conducta Aplicado]. Hoy día, la *JEAB* y la *JABA* son las principales revistas para la publicación de estudios básicos y aplicados, respectivamente, sobre la conducta operante.

II. DEFINICIONES Y DESCRIPCION

Las definiciones precisas son muy importantes para la mayoría de los especialistas en métodos operantes. Todos los conceptos tienen que definirse en términos de acontecimientos conductuales y ambientales que puedan ser medidos. Los conceptos operantes claves son los siguientes:

Condicionamiento operante: consiste en un aumento en la probabilidad de la respuesta al ser seguida por un reforzador, siendo distinto al condicionamiento respondiente o pavloviano, que consiste en aumentar la probabilidad de que un determinado estímulo provoque una respuesta al emparejar ese estímulo con uno que ya provoca esa respuesta. Las respuestas que pueden aumentarse al ser seguidas por un reforzador se denominan *operantes* o *respuestas operantes.* Se dice que las respuestas operantes son emitidas por el individuo, en vez de ser provocadas por un estímulo (como en el caso de las respuestas pavlovianas).

Reforzador: cualquier estímulo que aumente la probabilidad de una respuesta a la que sigue temporalmente. No está especificado el tiempo que tiene que tardar el reforzador en seguir a la respuesta con el fin de aumentar su probabilidad de ocurrencia; sin embargo, normalmente se supone que la efectividad de un reforzador decae rápidamente conforme aumenta el tiempo que transcurre entre la respuesta y el reforzador. Hay dos clases de reforzadores: positivos y negativos. Un *reforzador positivo* es cualquier estímulo cuya presentación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta, mientras que un *reforzador negativo* es cualquier estímulo cuya eliminación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta. Una respuesta que ha sido reforzada por un reforzador negativo se denomina a

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

Operación de establecimiento: consiste en cualquier procedimiento que cambia la efectividad del reforzamiento de un reforzador primario. Dos operaciones de establecimiento comunes son la *privación* y la *saciación.* La privación implica la retirada del reforzador durante un período de tiempo, lo que aumenta la efectividad del reforzador. La saciación implica el presentar el reforzador durante un período prolongado de tiempo, lo que disminuye la efectividad del reforzador.

Programa de reforzamiento: consiste en una regla que especifica qué ocurrencias de una respuesta serán reforzadas. Por ejemplo, un programa determinado de reforzamiento podría especificar que sólo se reforzará la respuesta cada cinco veces que ocurra. Los dos programas de reforzamiento más simples son: *reforzamiento continuo,* que especifica que se reforzará cada ocurrencia de la respuesta; y *extinción,* que especifica que no se reforzará la ocurrencia de la respuesta. Los programas en los que se reforzarán algunas, pero no todas, las ocurrencias de la respuesta se denominan *programas de reforzamiento intermitente.*

Contingencia de reforzamiento: consiste en la relación entre una respuesta, un reforzador y (si la respuesta está bajo el control del estímulo) un E^D. Por ejemplo, una contingencia común de reforzamiento en nuestra sociedad es: si después de ver a un amigo (E^D) sonríes y dices «hola» (respuesta), el amigo es probable que sonría y diga «hola» (reforzador).

III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS

Los fundamentos conceptuales y empíricos básicos de los métodos operantes fueron formulados por Skinner (1938, 1953, 1966). La mayoría de la investigación operante básica se ha hecho con animales, especialmente con ratas y palomas, lo que ha constituido, a menudo, una crítica del enfoque. Los animales se utilizan por las mismas razones que se hace en biología; es decir, 1) son más simples de analizar, 2) son más cómodos para trabajar, 3) se pueden realizar experimentos con ellos que no serían éticos en humanos, y 4) su relación biológica con los humanos posibilita el generalizar los resultados obtenidos con ellos a los seres humanos. El hecho de que se haya descubierto que las variables operantes que son poderosas en la investigación básica son, a menudo, eficaces para modificar la conducta humana en lugares aplicados, apoya la validez del empleo de animales. Sin embargo, hay necesidad de más investigación operante básica con humanos y, en respuesta a

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

utilizar un reforzador que pueda entregarse inmediatamente después de la conducta objetivo. Segundo, el reforzador es contingente con una gran cantidad de conducta, lo que limita de forma importante la frecuencia de reforzamiento. Para obtener los mejores resultados, la conducta debería descomponerse en segmentos más pequeños y presentarse el refuerzo inmediatamente después de la terminación de cada segmento (p.ej., cada problema resuelto). Esto hace impracticable el utilizar un reforzador que pueda ocurrir sólo a una hora específica y que tenga una gran duración. Lo que se necesita es un reforzador que pueda entregarse en cualquier momento y sea corto, como la alabanza. Sin embargo, la alabanza sola es a menudo insuficiente porque es un reforzador condicionado y puede no haberse emparejado suficientemente con el refuerzo primario. Aunque la alabanza pueda no ser suficiente como reforzador por sí misma, se debería presentar siempre que se dan otros refuerzos positivos, ya que puede apoyar su eficacia y porque su poder como reforzador condicionado aumentará por su asociación con otros refuerzos. A veces es posible presentar potentes refuerzos condicionados o refuerzos primarios, de forma breve e inmediata, que no necesiten un emparejamiento frecuente con refuerzos primarios; p.ej., el jugar con un juguete preferido o el leer un libro durante 10 minutos, inmediatamente después de la conducta objetivo, puede ser muy eficaz con algunos niños. Otra forma de presentar un reforzamiento inmediato, breve y eficaz es emplear un *sistema de fichas*, en el que se da una ficha o un punto inmediatamente después de cada ocurrencia de la respuesta objetivo y cuando se ha acumulado un determinado número de fichas o puntos se presenta un reforzador más amplio. Puesto que las fichas se emparejan con el reforzador más amplio, se convierten en refuerzos condicionados.

Programas de reforzamiento. Durante la etapa inicial del incremento de una conducta, es normal reforzar cada ocurrencia de la respuesta objetivo (reforzamiento continuo). Sin embargo, normalmente no es cómodo ni deseable hacer esto de forma indefinida. Además, la conducta que ha sido reforzada de forma intermitente (es decir, no se refuerza cada respuesta) es más resistente a la extinción que la conducta que se ha reforzado de forma continua, siendo la resistencia a la extinción una función inversa de la frecuencia de reforzamiento (Ferster y Skinner, 1957). Por consiguiente, el programa de reforzamiento para la conducta objetivo se *reduce* normalmente (es decir, se hace menos frecuente el reforzamiento). Hay dos clases de programas de reforzamiento intermitentes —uno que se basa en la cantidad de conducta y otro que se basa en el tiempo. Si la conducta de los deberes para casa del niño, en el ejemplo anterior, se colocara bajo un programa basado en la cantidad de conducta, tendría que hacer más problemas o problemas más largos del mismo tipo, para cada ficha. Si la conducta de los deberes para

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

bablemente sería mejor centrarse en aumentar la conducta referente a los deberes para casa que en disminuir el soñar despierto. En los casos en los que sea necesario centrarse en disminuir la conducta, debería haber una conducta alternativa deseable que sea incrementada por medio del reforzamiento positivo. La conducta alternativa deseable competirá con la conducta que se está disminuyendo, ayudando, de este modo, a reducirla y mantenerla a un bajo nivel.

Extinción. La extinción es probablemente el método operante más utilizado para disminuir la conducta. Implica, en primer lugar, el determinar qué es lo que está reforzando a la conducta objetivo y luego eliminar ese reforzamiento. A veces, incluso, tienen lugar conductas realmente extrañas porque los demás les prestan atención, lo cual es reforzante para el individuo que realiza la conducta. En ocasiones están implicados otros reforzadores distintos a la atención o bien añadidos a ella, como cuando se refuerzan las pataletas de un niño cediendo a sus peticiones de caramelos, helados, juguetes nuevos, etc. Es importante reconocer que la conducta no deseable puede ser muy penetrante y persistente, incluso aunque el reforzamiento que la mantiene pueda ocurrir de forma tan infrecuente que sea difícil descubrirlo. El programa de reforzamiento puede haber proporcionado originalmente un reforzamiento frecuente y luego haberse reducido gradualmente, quizás como resultado de intentos inconsistentes para aplicar la extinción.

Además de disminuir la conducta, la extinción tiene varios efectos importantes de los que cualquiera que la utilice se debería dar cuenta: a) la conducta que está sometida a extinción puede aumentar en intensidad, frecuencia y duración (p.ej., las pataletas pueden hacerse más violentas, más frecuentes y más duraderas) antes de empezar a disminuir; b) la extinción puede producir temporalmente conducta emocional (p.ej., llorar, conducta agresiva o destructiva); c) la conducta que se ha extinguido y ya no es reforzada puede, ocasionalmente, volver a ocurrir —un fenómeno conocido como *recuperación espontánea.* Todos estos efectos perturbadores pueden verse reducidos si garantizamos que se refuercen respuestas deseables alternativas al mismo tiempo que se extingue la respuesta indeseable.

Castigo. Para mucha gente, el castigo es la primera cosa que le viene a la cabeza cuando piensa en disminuir la conducta. Esto es lamentable, puesto que debería ser lo último. El castigo tiene los mismos inconvenientes que el refuerzo negativo: a) puede hacer que la situación se convierta en un estímulo condicionado aversivo, dando como resultado que el individuo escape de ella o la evite; b) puede hacer que la persona que aplica el procedimiento se convierta en un estímulo condicionado aversivo; y c) puede provocar conducta emocional que podría resultar perturbadora (p.ej., conducta agresiva o

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

respuestas objetivo con fichas que pueden cambiarse por otros reforzadores. Esos programas funcionan de forma más eficaz si se presentan en la forma de instrucciones que el individuo puede seguir fácilmente.

Una persona que sigue las instrucciones y que también puede comunicarse, puede instruirse a sí mismo. Algunas de las denominadas terapias cognitivas parecen basarse en el hecho de que las autoinstrucciones pueden afectar a la conducta. Por ejemplo, se ha mejorado la conducta de los niños hiperactivos enseñándoles a instruirse a sí mismos para que centren su atención en el trabajo (p.ej., Meichenbaum, 1986; Santacreu, este volumen). En algunos casos, el problema proviene de una autoinstrucción que necesita ser contraatacada con autoinstrucciones más apropiadas. Por ejemplo, una persona puede «catastrofizar» diciéndose a sí mismo que la vida es horrible y que no hay nada que se pueda hacer. Esta es una instrucción que actúa como un E^{Δ} para cualquier conducta que podría mejorar la situación, puesto que especifica, en realidad, que puede producirse el no reforzamiento, independientemente de lo que haga el individuo. Claramente, esa autoinstrucción puede ser debilitante, además de producir efectos emocionales no deseados. Una estrategia razonable en esos casos consiste en establecer una autoinstrucción alternativa, por la que el individuo se diga a sí mismo que la situación no es tan mala y que hay cosas que puede mejorar (p.ej., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Dobson y Franche, este volumen; Ellis y Bernard, 1985; Lega, este volumen). Por supuesto, esto solo no sería suficiente en muchos casos; se necesitaría que se condicionaran otras habilidades de afrontamiento.

No está claro por qué los métodos de autoinstrucción se consideran a menudo cognitivos en vez de simplemente operantes. Una razón puede ser que implican conducta verbal. Sin embargo, la conducta verbal es conducta operante y no existe evidencia de que esté sujeta a leyes distintas de las que describen otras conductas operantes. Otra razón puede ser que los denominados métodos cognitivos implican conducta verbal privada o encubierta, de modo que los individuos a menudo se instruyen a sí mismos en silencio en vez de en voz alta. Por consiguiente, la conducta verbal privada es también conducta operante (Skinner, 1957). No parece haber una razón apremiante para considerar a los métodos cognitivos en general distintos de los métodos operantes o que impliquen tecnología diferente o que requieran un tipo diferente de teoría.

Métodos operantes para modificar la conducta verbal pueden encontrarse también en los métodos de las terapias psicodinámicas y humanistas. Estos dos tipos de terapias se llaman «terapias verbales», ya que consisten principal o exclusivamente en hablar sobre la conducta del paciente (incluyendo la conducta emocional). Por medio de esta charla, el paciente puede desarrollar nuevas formas de hablar sobre su conducta, lo que puede ser útil para vérselas más eficazmente con ella. Además, la conducta verbal que se ha castigado

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

cionado anteriormente, ya que los números de la representación gráfica son reforzantes sólo si hace más fácil el discriminar una situación que ya es reforzante (p.ej., un cambio en la conducta en la dirección deseada). La idea de representar gráficamente la propia conducta no la descubrieron especialistas en conducta operante; una serie de novelistas (p.ej., Ernest Hemingway, Anthony Trollope, Irving Wallace) han representado gráficamente su producción diaria de palabras o de páginas, con el fin de ayudar a mantener su productividad (Wallace y Pear, 1977). También puede ser útil el colocar las representaciones gráficas de uno en un lugar muy visible, donde la familia y los amigos puedan verlos y proporcionar reforzamiento social de las mejorías mostradas.

El intentar colocar la conducta bajo un apropiado control del estímulo es otro importante aspecto del autocontrol. Por ejemplo, si se tiene un lugar y horas determinados para estudiar o escribir, con estímulos distintivos presentes en ese lugar, debería hacerse muy probable la conducta adecuada de escribir o de estudiar cuando uno se encuentra en ese lugar (suponiendo que el reforzamiento ocurra tambien allí). Para asegurar un potente control del estímulo, se aumenta gradualmente la cantidad de tiempo en el lugar, mientras que se toma cuidado para evitar que ocurran aquí el soñar despierto u otras conductas inapropiadas. El control del estímulo se ha empleado también para disminuir conductas como comer y fumar, según se ha explicado anteriormente. Otro uso del control del estímulo es el *contrato conductual*, que consiste en un claro acuerdo escrito que señala qué conducta producirá determinados reforzadores, quién entregará esos reforzadores y otros aspectos acordados de un programa de autocontrol (DeRisi y Butz, 1975). El contrato, que normalmente implica a dos o más individuos, proporciona distintos E^Ds escritos para la conducta de cada persona que está de acuerdo con el contrato. Al igual que sucede con otras formas de control del estímulo, esos E^Ds controlarán la conducta de forma eficaz sólo si el reforzamiento es contingente con esa conducta, que consiguientemente se expresa en el contrato.

VI. APLICACIONES

Los métodos operantes han sido y están siendo utilizados en una amplia variedad de lugares para tratar con una variedad de problemas e intereses conductuales. Este apartado describe brevemente algunas de estas aplicaciones.

Educación. Quizás la primera aplicación de los métodos operantes en el campo de la educación fue la *máquina de enseñanza.* Desarrollada por Skinner (1954, 1958, 1961), este artefacto presentaba pequeños segmentos de ma-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

médicos más tradicionales (p.ej., fármacos), para tratar problemas como la hipertensión esencial, las cefaleas crónicas, los ataques, el dolor crónico, los trastornos sexuales, los trastornos respiratorios y los trastornos del sueño (Doleys, Meredith y Ciminero, 1982; Simon, este volumen). Los procedimientos operantes se utilizan también para ayudar a la gente en su adhesión a los tratamientos médicos (p.ej., tomar las medicinas que le recete un médico), a vencer el temor a los procedimientos médicos (Melamed y Siegel, 1975) y a llevar a cabo conducta sana como el comer alimentos nutritivos y el hacer ejercicio de forma regular (Cataldo y Coates, 1986).

Psicología comunitaria. Los métodos operantes se han empleado en el campo de la salud mental comunitaria, que se refiere al tratamiento de los problemas de salud mental en la comunidad. También se han utilizado en una amplia gama de otros intereses comunitarios como el arrojar basura, el reciclaje, la conservación de energía y el entrenamiento en habilidades laborales (Geller, Winett y Everett, 1982; Martin y Osborne, 1980).

Negocios, industria y gobierno. Los métodos operantes se han empleado para mejorar la ejecución individual y de grupo dentro de las organizaciones. Ejemplos de la clase de cuestiones con las que se ha tratado son la productividad, el llegar tarde, el absentismo, el volumen de ventas, la seguridad de los trabajadores, el robo por parte de los empleados, el robo por parte de los clientes y las relaciones jefes-subordinados (Luthans y Kreitner, 1985).

Deportes. Los métodos operantes se han utilizado para ayudar a que los atletas aprendan nuevas habilidades y eliminen los malos hábitos, para aumentar su asistencia a los entrenamientos, para ayudar a resolver sus problemas personales y para ayudarles a que se preparen para competiciones importantes. También se han empleado para mejorar la eficacia de los entrenadores (Martin y Lumsden, 1987).

VII. RESUMEN/COMENTARIO FINAL

Aunque en otro tiempo rechazados por la mayoría de los profesionales de la salud mental, los métodos operantes se aceptan hoy día como una de las principales contribuciones a la terapia, tanto por los terapeutas conductuales como por los no conductuales. Su relevancia para la educación está siendo reconocida cada vez más por los educadores. El éxito de los métodos operantes puede atribuirse probablemente al hecho de que los especialistas en los métodos operantes adoptaron un enfoque que corre paralelo a los que se

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

entrenamiento del personal hospitalario, les permitieron crear el primer sistema de EF.

Su trabajo fue seguido por una serie de otras publicaciones que informaban de éxitos al emplear técnicas muy parecidas (p.ej., Atthowe y Krasner, 1968; Schaeffer y Martin, 1969). Una de las publicaciones más notables y extensas fue la evaluación experimental, a gran escala, de un sistema de EF, por Paul y Lentz (1977), quienes encontraron evidencias más concluyentes con respecto a la eficacia de este enfoque con grandes grupos de pacientes mentales crónicos. El éxito del método con estos sujetos llevó a aplicaciones en los hogares, en las escuelas y en las prisiones, con grupos e individuos muy diversos.

II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Según el glosario de White (1971) sobre terminología conductual, una economía de fichas es «un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como refuerzo inmediato, fichas que son "respaldadas" posteriormente permitiendo que se cambien por refuerzos más valiosos» (p. 184). Kazdin (1985) cita tres requisitos de una EF: «1) la ficha o medio de intercambio, 2) las recompensas o refuerzos de respaldo que pueden comprarse con las fichas, y 3) el conjunto de reglas que define las interrelaciones entre las conductas específicas que obtienen fichas y los refuerzos de respaldo por los que se pueden cambiar las fichas» (p. 234).

III. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS

El origen conceptual de la EF proviene del trabajo de Skinner sobre el condicionamiento operante y la extensión que hizo de la aplicación de estas ideas de los animales a los humanos (Skinner, 1953). De este modo, la conducta humana puede cambiarse modificando las consecuencias de esa conducta. La tarea de la terapia, para aquellas personas cuyas conductas se consideran inaceptables para ellas mismas y/o para los demás, consiste en especificar cómo deberían cambiarse esas conductas por medio del empleo adecuado del manejo de las contingencias.

Un segundo fundamento de la EF es el concepto de refuerzo secundario. Es decir, que los estímulos neutrales que se han asociado directamente con los estímulos que sirven para modificar la conducta, puedan también llegar a desempeñar esa función. Hull (1943) introdujo este principio para explicar las conductas que se aprendían, pero que no eran seguidas por un refuerzo primario inmediato.

Los primeros trabajos empíricos que condujeron directamente al desarrollo de la EF, para su empleo con la conducta humana anormal, consistían en demostraciones de laboratorio de que los psicóticos podían ser condicionados de forma operante. Lindsley (1956) llevó a cabo unas primeras demostraciones de esta posibilidad, aunque su trabajo fue sólo una demostración de una conducta condicionada de presión de una palanca, sin objetivos terapéuticos determinados.

Ayllon y sus colaboradores realizaron una serie de estudios, a finales de los años cincuenta y sesenta, que mostraban que el condicionamiento operante, incluyendo el empleo de fichas como reforzadores y la administración de esos procedimientos por personal de enfermería, era positivo (ver Ullman y Krasner, 1965, donde se hallan reimpresiones de éstas y otras publicaciones relacionadas). Por ejemplo, Ayllon y Michael (1959) proporcionaron ejemplos del control práctico, por parte del personal de enfermería, del habla psicótica, de la conducta violenta, de la búsqueda de atención verbal, de la alimentación por uno mismo, del robo de comida, de la acumulación excesiva de objetos, y de otras conductas no deseables. Se utilizaron importantes principios del condicionamiento operante, incluyendo la extinción, el reforzamiento de conducta incompatible y la saciación del estímulo, para especificar las respuestas del personal que producían los cambios deseados. Ninguna de estas demostraciones emplearon fichas. Sin embargo, Haughton y Ayllon (1965) utilizaron fichas para enseñar a una mujer psicótica a llevar una escoba con ella y luego extinguieron dicha conducta. Posteriormente mostraron muchas aplicaciones clínicamente exitosas de la EF.

Los métodos descritos anteriormente están muy individualizados y requieren una pericia considerable. Por ello, puede que no sea práctico el aplicarlos en grandes instituciones, con poco personal. Atthowe y Krasner (1968) fueron capaces de aplicar un sistema de economía de fichas a un grupo amplio, con una supervisión menos intensa, empleando un sistema de «niveles». De este modo, los pacientes que eran muy deficientes en el cuidado de sí mismos y en la realización de las actividades esperadas, podían agruparse juntos y aplicarse a cada uno de ellos un conjunto similar de contingencias. Una vez que un paciente alcanzaba el nivel de actuación esperado para un grupo (nivel) determinado, podía pasar a grupos de nivel superior, que ofrecían mejores condiciones (refuerzos) de vida y requerían habilidades de un nivel superior. De esta forma, se obtuvo el moldeamiento de habilidades por medio del reforzamiento de aproximaciones sucesivas, con menor planificación y tratamiento individuales.

Estas demostraciones de la aplicabilidad del condicionamiento operante, usando reforzadores primarios y secundarios fácilmente disponibles, junto con las demostraciones de una técnica «de producción en masa» en su aplicación, fue lo que hizo popular el empleo de los métodos de EF. Esta popularidad ha llevado a una proliferación de aplicaciones, que se discutirán más adelante.

IV. PROCEDIMIENTO

Muchos escritos sobre terapias se centran en el modo en que el terapeuta individual aplica los procedimientos directamente a un individuo o a pequeños grupos de individuos. Sin embargo, en una economía de fichas, la persona o personas que diseñan y/o dirigen la EF pueden no tener el control directo del funcionamiento de los procedimientos terapéuticos en todas las ocasiones.

El director de la EF (normalmente un psicólogo, enfermero o profesor con entrenamiento conductual), en el escenario habitual, depende de que otra persona observe la conducta y entregue fichas. Esta persona es, generalmente, un empleado institucional que está al cuidado directo de los pacientes, uno o los dos padres o los profesores. [En algunos casos, pueden ser otras personas que han sido tratadas (Kazdin, 1976)]. Así, la EF y los problemas que conlleva su aplicación son distintos de los de la psicoterapia y de muchas otras técnicas conductuales (p.ej., la desensibilización).

Otra manera en que puede diferir la EF es que el director del programa, dentro de cualquier clase de institución, tiene que confiar en el apoyo administrativo. Si los administradores no entienden y no están de acuerdo con los objetivos y las técnicas de la EF, no se puede esperar apoyo, sino, por el contrario, interferencias administrativas.

Cuestiones muy básicas son las tareas del personal hospitalario, de los pacientes residentes y la determinación de plantas o espacios del edificio, así como el suministro ininterrumpido de refuerzos de respaldo. Muchas instituciones tienen la costumbre de trasladar al personal hospitalario y a los pacientes residentes por razones de organización, teniendo poco que ver con programas específicos de tratamiento. Sin embargo, se puede dañar seriamente a un programa de EF si se traslada al personal que ha sido entrenado y se sustituye por personal no entrenado; o si se cambian o limitan los refuerzos disponibles. También es destructivo para la moral del personal y de los pacientes si aquellos que van haciendo progresos se vuelven a destinar arbitrariamente a lugares en los que no funciona un programa de EF.

Por estas razones, el punto de partida para desarrollar una EF en una institución, es el trabajar íntimamente con la administración, que la controla en el desarrollo de los planes. Tiene que haber un acuerdo inicial sobre los objetivos. Los objetivos de un programa de EF tienen que coincidir con, o complementar, los objetivos de la institución general. Los detalles de las tareas del personal, de la utilización del espacio y de tareas que se esperan de los pacientes residentes, tienen que encajar con la política y los procedimientos existentes o bien tiene que haber un acuerdo de la administración para cambiarlos. Debe de haber acuerdo sobre los servicios auxiliares (comidas, tareas de mantenimiento del lugar, etc.), que funcionarán de modo que favorezca y no obstruya la EF. Se tiene que proporcionar dinero para la compra de refuerzos o bien éstos deben estar directamente disponibles. Sobre todo, tiene que haber un acuerdo administrativo para apoyar a la EF a vencer los obstáculos institucionales que surjan.

Una vez que se han obtenido esos acuerdos, los aspectos clave se centran en la selección y el entrenamiento del personal hospitalario. Es difícil determinar características específicas del personal. Sin embargo, un buen comienzo es, a menudo, la *auto*selección. Es decir, si el presunto personal de la EF tiene una idea general de que tendrán que trabajar con los pacientes residentes utilizando procedimientos no médicos, nuevos y diferentes que requieren estrechas interacciones personal-residentes y una gran cantidad de registro de datos y de «trabajo escrito», entonces aquellos que se apunten estarán más dispuestos a aprender los procedimientos necesarios. Se necesita una mínima habilidad para trabajar en un escenario estructurado empleando una estrecha observación y para rellenar con precisión hojas de datos simples. También se necesita una cierta flexibilidad en la aceptación de la conducta de los pacientes residentes y de los procedimientos. Por ejemplo, alguien que exige que todas las camas estén perfectamente hechas todos los días no será, probablemente, bueno para moldear la conducta de hacer la cama. Puede que esa persona se concentre más en la apariencia de la cama que en la conducta del paciente.

El entrenamiento del personal incorpora dos cuestiones inseparables: 1) la iniciación de la conducta deseada en el personal hospitalario; y 2) el mantenimiento de esta conducta. Un procedimiento recomendado consiste en empezar a entrenar por medio de charlas formales, determinadas lecturas y demostraciones. Sin embargo, esto debería dar paso rápidamente al, o ser ampliamente completado con, entrenamiento, utilizando la representación de papeles. Una tercera etapa puede consistir en demostraciones por parte del personal entrenado, ayudado por el moldeamiento cuando sea necesario, sobre cómo llevar a cabo los procedimientos con pacientes reales. No se debería considerar que un miembro del personal está entrenado hasta que muestre realmente dominio de los procedimientos de reforzamiento deseados, incluyendo la observación y el registro precisos. Se necesitarán comprobaciones periódicas por parte de la dirección del programa de EF, con el fin de asegurarse la ausencia de deterioro en la actuación del personal hospitalario. Para

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

EVALUACIÓN: Comprobar que se realizaron las conductas anteriores. Usar el cero (0) si no se llevó a cabo la conducta correspondiente.

Fechas ______ hasta ______	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	
1.															1.
2.															2.
3.															3.
4.															4.
5.															5.
6.															6.
7.															7.

OBJETIVOS NUEVOS SUGERIDOS: Basar los objetivos en la evaluación. Ser específico sobre las conductas y el reforzamiento que se emplea para alcanzar una nueva conducta meta. Añadir comentarios sobre la calidad de la conducta de las semanas anteriores. Ser específico sobre el eslabón en el que se encuentra el paciente en un procedimiento de encadenamiento a la inversa.

FIGURA 15.2. Hoja de planificación del tratamiento por economía de fichas, empleado en un programa de tratamiento de día. (Tomada de R. L. Patterson (comp.), *Maintaining effective token economies* (p. 118), Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1976. Copyright 1976 del editor. Reimpreso con permiso).

PROGRAMA DIARIO

Paciente Terapeuta Fecha

Instrucciones especiales ____________________

____

____

	ACTIVIDAD	FICHAS				COMENTARIOS
		Pagar		Cobrar		
8:30 - 9:00	Reunión de planificación					
9:00 - 9:30	Ensayo de conducta					Pagar 2 fichas por cada comentario sobre el ensayo
9:30 - 10:00						de la otra persona. Cobrar 5 por cada risa inapropiada
10:00 - 10:30						
10:30 - 11:00	Bar y Socialización					Pagar 5 si conversa durante 10 minutos
11:30 - 12:00	Preparación de la comida					Pagar 10 por poner las mesas
12:00 - 12:30	Comida					Cobrar 30
12:30 - 1:00	Jugar al ajedrez con el Sr. M.					Pagar 10
1:00 - 1:30	Grupo Interpersonal					Pagar 2 por cada 10 minutos de participación
1:30 - 2:00						
2:00 - 2:30						
2:30 - 3:00	Bar y Socialización					Pagar 5 por 10 minutos de conversación
3:00 - 3:30	Reunión de evaluación					

Comentarios: ____________________

____

____

____

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

respuesta. El hecho de que cada una de las cinco respuestas cambiaba sólo después de que se aplicaban las contingencias a dicha respuesta, proporcionaba una clara evidencia de que el programa de EF era eficaz. Este estudio era poco habitual en el sentido de que incluía también un segundo tipo de diseño, un restablecimiento de las contingencias. Es decir, después de que se modificaron las cinco respuestas, se retiraron todas las contingencias, lo que dio como resultado una reaparición de la conducta. Sin embargo, en este caso, se tuvo que informar al sujeto de que las fichas ya no se daban de forma contingente, antes de que tuviese lugar la reaparición de la conducta.

Patterson y cols. (1982) emplearon una evaluación mucho más compleja, con el propósito de demostrar que un programa a gran escala, con base institucional, era eficaz tanto para lograr objetivos de interés inmediatos para sujetos individuales y grupos como para lograr un objetivo gubernamental. La evaluación general era demasiado compleja para ser presentada aquí, pero se puede resaltar algún resultado. El Estado de Florida estaba interesado en desarrollar un programa para preparar a un grupo de ancianos, que residían en hospitales mentales del Estado, a volver a reintegrarse en la vida de la comunidad. El programa de Patterson y cols. (1982) incluía métodos de EF. Se seleccionó un instrumento de evaluación, la *Community Adjustment Potential Scale,* CAPS [Escala de Ajuste Potencial a la Comunidad]; Hogarty y Ulrich (1972), diseñado por su autor para medir la facilidad de ajuste a la comunidad, como una medida de los resultados. Esta escala era especialmente relevante para el objetivo de interés político. Cambios estadísticamente significativos en esta escala, en las mediciones realizadas antes y durante el tratamiento, mostraron que el programa era eficaz para producir este tipo de cambio. Las medidas realizadas después del tratamiento reforzaron este resultado. Por ejemplo, un estudio comparativo mostró que aquellos que fueron tratados por el programa conductual tenían cuatro veces más probabilidades de vivir en la comunidad que aquellos a los que se les daba un programa de tratamiento estándar.

Otra evaluación de la EF (Frank, Klein y Jacobs, 1982) enfatizó la cuestión del coste-eficacia como un objetivo importante de su evaluación. Fueron capaces de demostrar que su programa multinivel retornaba veinte dólares por cada dólar invertido.

Probablemente la evaluación más compleja y sofisticada de todas, que se encuentra fuera de los propósitos de este capítulo, fue llevada a cabo por Paul y Lentz (1977). Cualquiera que le interese la evaluación de sistemas de EF institucionales a gran escala, debería revisar esta publicación.

Para una supervivencia a largo plazo, es necesaria la retroalimentación positiva a los administradores y a los políticos que controlan el destino de los programas. Por consiguiente, la evaluación es una cuestión importante.

VI. VARIACIONES

Las variaciones en los mecanismos de la aplicación de la EF son numerosas y cada sistema de EF es, probablemente, único en algunos de sus aspectos. Algunos elementos en los que se diferencian las economías de fichas, que se considerarán en este apartado, incluyen las clases de fichas, la aplicación individualizada *versus* aplicación en grupo y las multas. Otras variaciones que se refieren a poblaciones y lugares específicos se tendrán en cuenta en el siguiente apartado referente a las aplicaciones.

Una *ficha* puede ser cualquier símbolo u objeto que pueda otorgarse y más tarde cambiarse por un reforzador primario. Cuando se conceden objetos reales, deben de ser inocuos, duraderos y poder almacenarse fácilmente por los individuos pertinentes. Algunas de las fichas más corrientes han sido objetos tipo monedas de metal o de plástico; tiras de plástico que se puedan atar a alguna especie de cordón que se lleve puesto, como una pulsera o un collar; y vales canjeables o estrellas de papel de colores que se pegan en una cartulina o en un póster para ser exhibidos posteriormente. Algunos sistemas de EF han utilizado dinero corriente o vales canjeables. Con algunas poblaciones que tienen deterioros cognitivos o sensoriales, o con niños pequeños, la recompensa real con objetos puede ser más útil que la exhibición de símbolos. Sin embargo, los objetos pueden perderse o ser robados fácilmente, o incluso tragarse.

En los sistemas que emplean recompensas en forma de símbolos es más fácil seguirles la pista tanto para el paciente como para el personal hospitalario. De este modo, el paciente puede llevar una pequeña tarjeta consigo, tarjeta en la que el personal hospitalario verifica o anota los puntos ganados por conductas específicas. Foreyt (1976) ha descrito también un «sistema de tarjetas taladradas», en el que el personal hospitalario lleva taladradores mecánicos para el papel. Estos taladradores se utilizan para marcar «tarjetas con el cómputo de fichas», tarjetas en las que se hallan impresas las tareas objetivo junto con los posibles pagos por cada una; y también los objetos que se pueden comprar junto con los precios respectivos. Tanto las recompensas como las compras pueden indicarse taladrando las tarjetas en los lugares apropiados.

El cómputo se simplifica en gran medida por el uso de símbolos registrados, en vez del intercambio, el almacenamiento y el conteo de los objetos. Sin embargo, si se tienen que utilizar símbolos como fichas, es necesario que la población objetivo comprenda y valore los símbolos. Con muchas, si no con la mayoría, de las poblaciones será necesario alguna práctica dirigida para el intercambio de puntos o de otros símbolos, con el fin de establecerlos como reforzadores secundarios eficaces.

Los reforzadores de respaldo pueden ser cualquier recompensa práctica que permita el lugar. Se ha utilizado una amplia variedad de comidas, bebidas, elementos de aseo, diversiones, elementos de vestir y privilegios. Siempre es deseable tener disponible una amplia variedad de reforzadores, con el fin de satisfacer las necesidades de diferentes pacientes y para evitar la saciación.

Kazdin (1976) ha proporcionado una discusión buena y concisa sobre la cuestión de la individualización de las economías de fichas. Tanto los individuos como los grupos, dentro de una unidad de tratamiento, pueden ser reforzados de la misma o de distintas maneras. Patterson (1976b) ha descrito una fórmula que proporciona una individualización total de los objetivos y de los reforzadores. Esta fórmula fue útil en una pequeña unidad de investigación y tratamiento (12 camas), con una población muy heterogénea. Dicho sistema proporciona máxima flexibilidad del tratamiento y precisión en la vigilancia del cambio, pero es un trabajo muy intenso y requiere un personal hospitalario bien entrenado. Mucho más comunes son los sistemas de «niveles», en los que grupos de pacientes son considerados como relativamente homogéneos con respecto a ciertas habilidades, como el cuidado de uno mismo y/o el manejo de la casa. Dichos grupos se han descrito anteriormente. Patterson y cols. (1982) describieron un tercer tipo más de individualización. Su programa de tratamiento se dividía en componentes de entrenamiento denominados «módulos». Cada módulo contenía su propio sistema de reforzamiento por fichas y fue diseñado para enseñar, de forma activa, un área de habilidades, como el cuidado de uno mismo básico o avanzado. Aunque las ganancias de fichas eran específicas a ciertas actividades dentro de un módulo, todas las fichas dadas en todos los módulos eran del mismo tipo y se cambiaban en la misma tienda.

Una alternativa al reforzamiento directo de los individuos o de los individuos dentro de grupos consiste en reforzar al grupo en vez de al individuo. Fairweather, Sanders, Maynard y Cressler (1969) han probado este sistema empleando dinero en vez de los reforzadores secundarios normales.

El poner multas en una EF es el procedimiento por medio del cual se retiran las fichas a los pacientes como consecuencia de realizar alguna conducta no deseada. Si se hace con gran cuidado y habilidad, puede ser útil. El requisito de observar una considerable cautela se debe a algunos importantes efectos colaterales del procedimiento. El quitarles fichas a los pacientes puede provocar emociones negativas, que pueden producir problemas adicionales. También se puede forzar a los pacientes a que salgan del programa de EF si las multas exceden a los ingresos. En este punto, las fichas no son útiles. Las multas de fichas pueden igualmente ejercer efectos negativos sobre la conducta del personal hospitalario. Algunos miembros de este personal pueden tener una predisposición previa a emplear el castigo, en vez del refuerzo positivo, para controlar la conducta. Esas personas pueden emplear en exceso

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

yentes, pero los autores recomendaron que se realizase más investigación con el fin de averiguar la eficacia de distintos reforzadores sobre esta clase de respuesta.

Un estudio de Wolber y cols. (1987) comparó los efectos de las fichas solas *versus* las fichas más el reforzamiento social. Los sujetos eran individuos muy retrasados mentalmente y la conducta objetivo consistía en el cepillado de los dientes. Se encontró que el enfoque combinado era más eficaz.

Además de estos estudios anteriores, otros trabajos han incluido niños impulsivos (Schweitzer y Sulzer-Azaroff, 1988); tartamudos (Ingham, 1982); estudiantes con problemas auditivos (Jones, 1984); personas con quejas psicosomáticas (Matson, 1984); niños quemados (para disminuir la conducta de dolor, Kelley y cols., 1984); drogadictos (Pickens y Thompson, 1984); personas con sobrepeso (Colvin, Zopf y Myers, 1983); ancianos (Patterson y cols., 1982); y personas que sufren demencia (McEvoy y Patterson, 1986).

VIII. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las técnicas de economía de fichas, que provienen directamente del condicionamiento operante experimental con personas psicóticas utilizando reforzadores secundarios, se han convertido en uno de los métodos de tratamiento conductual más versátiles que se han desarrollado. Al principio, se pensaba que las economías de fichas constituían programas de tratamiento sólo para las personas con trastornos mentales o con retraso mental, que se hallaban institucionalizadas. Se ha comprobado realmente que son muy útiles en estos lugares. No obstante, hoy día no se piensa en las economías de fichas como *programas* de tratamiento únicamente para grupos específicos, sino más bien como una *técnica* de tratamiento potencialmente útil con cualquier persona o con cualquier grupo, para los que es aconsejable la modificación de la conducta.

IX. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Alvord, J., *Home token economy: an incentive program for children and their parents*, Champaign, Ill., Research Press, 1973.

Ayllon, T. y Azrin, N., *Economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y rehabilitación*, México, Trillas, 1974 (Or.: 1968).

Buckley, N. K. y Walker, H. M., *Modifying classroom behavior*, Champaign, Ill., Research Press, 1970.

Kazdin, A. E., *The token economy: a review and evaluation*, Nueva York, Plenum Press, 1977.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

respuestas desadaptativas de «acercamiento» como las que se dan en las adicciones. Cautela (1967) desarrolla la *sensibilización encubierta*, que expone junto con material clínico en el que se había utilizado. Este fue el punto de partida del desarrollo de una serie de técnicas basadas en la utilización de la imaginación.

III. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

El *condicionamiento encubierto* es un modelo teórico que se refiere a un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación y que pretenden alterar la frecuencia de la respuesta a través de la manipulación de las consecuencias.

Se emplea el término *encubierto* porque se pide al paciente que se *imagine* tanto la conducta objeto de consulta como sus consecuencias.

Aunque se haga una referencia directa a la imaginación, los pensamientos y los sentimientos están también incluidos como procesos encubiertos que pueden ser manipulados por procedimientos de condicionamiento encubierto.

Las técnicas de condicionamiento encubierto son: Reforzamiento Positivo Encubierto (RPE), Reforzamiento Negativo Encubierto (RNE), Sensibilización Encubierta (SE), Extinción Encubierta (EE), Coste de Respuesta Encubierto (CRE), Modelado Encubierto (ME), Detención del Pensamiento (DP) y Tríada de Autocontrol (TA).

Las técnicas de RPE, RNE, SE, EE y CRE están basadas en la teoría del condicionamiento operante. El ME se enmarca en la teoría del aprendizaje social y la DT y la TA como técnicas del autocontrol.

Antes de utilizar alguno de estos procedimientos, es necesario realizar una cuidadosa evaluación de la conducta-problema, evaluando cuáles son los antecedentes y las consecuencias internas y externas de tal conducta (Fernández Ballesteros y Carrobles, 1987). Es decir, se realiza un análisis topográfico que describa detalladamente la conducta problema, en sus tres modalidades de respuesta (motora, fisiológica y cognitiva), y todas las circunstancias que la rodean, a fin de poder hacer un análisis funcional y formular una hipótesis. Una vez delimitados estos aspectos y haber decidido utilizar las técnicas de condicionamiento encubierto comienza el proceso de intervención.

En éste el primer paso consiste en proporcionar al sujeto la explicación razonada de las bases del procedimiento. Upper y Cautela (1977) insisten en demostrar al paciente cómo el ambiente influye en el control de la conducta. Cómo el castigo, la recompensa, la indiferencia y los modelos sociales tienden a producir un aumento, disminución o desaparición de las conductas. Una vez que el paciente ha entendido esta explicación, se plantea la influencia de los pensamientos, imágenes y sentimientos sobre el comportamiento. El te-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

observa que la tasa de respuestas va en aumento es imprescindible pasar a programas de reforzamiento intermitente, especialmente programas de razón variable, que son mucho más resistentes a la extinción.

En este momento, una sesión puede distribuirse de la forma siguiente:

1º. Ensayo + reforzamiento
2º. Ensayo + un minuto en blanco o sencillamente borrar la imagen.
3º. Ensayo + un minuto en blanco o borrar la imagen.
4º. Ensayo + un minuto en blanco o borrar la imagen.
5º. Ensayo + reforzamiento

El reforzamiento se distribuye aleatoriamente sobre una media de 5 ensayos. Se recomienda al paciente que al practicarlo en su casa, también lo tenga en cuenta.

e. *Estado de activación.* Los investigadores del marco operante han manipulado estados de privación, con el fin de incrementar la eficacia del reforzamiento. A pesar de que en la clínica es una variable un poco difícil de controlar, se han hecho algunos intentos. Por ejemplo, si la imagen que se utiliza como reforzante es de comida, se le pide al sujeto que practique antes de comer. Si la imagen es de natación, que la practique en cuanto tenga calor y si es de una escena sexual, que lo haga cuanto sienta gran deseo sexual. De todas formas el terapeuta deberá valorar los pros y los contras de estas circunstancias.

V.1.2. Descripción de la técnica

Un ejemplo de aplicación del RPE lo encontramos en Cautela (1970*c*). Se pretende aumentar las habilidades sociales de un paciente tímido. La descripción de la escena es la siguiente:

Imagínese sentado en casa, deseando tener el valor de llamar a Elena, una chica que le han presentado hace poco y a quien le gustaría conocer mejor. Por fin se decide a llamarla. Hágame una indicación tan pronto como la escena esté clara. (El paciente hace una señal). *«Refuerzo».* (Pausa). *¿Vio usted clara la escena del reforzamiento?* (El paciente responde). *Muy bien, continuemos. Se dirige usted hacia el teléfono, empieza a marcar y respira profundamente para relajarse. Mueva un dedo cuando lo vea claro.* (El paciente hace una señal). *«Refuerzo».* (Pausa). *Termina de marcar, escucha el sonido de la llamada y oye a Elena decir: «¿Dígame?». Usted dice: «Hola Elena, pensé que sería agradable proseguir nuestra conversación de la otra tarde y me preguntaba si querrías venir a tomar una copa el jueves por la noche». Indíqueme*

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

V.3.2. Descripción del procedimiento

En la exposición clásica del procedimiento se comienza enseñando a relajarse al paciente (ver capítulo de Vera y Vila, en este volumen). Cuando lo consigue, se le da una explicación razonada de las bases no sólo del tratamiento sino también del problema en sí. Se le dice que no puede dejar de beber o comer o exhibirse (o el problema de que se trate) porque es un hábito sólidamente aprendido que, en la actualidad, le proporciona un alto nivel de agrado. También se le explica que la manera de eliminar su problema es asociar el objeto agradable a un estímulo desagradable. A continuación se solicita que visualice con la mayor claridad posible el objeto agradable (bebida, comida, etc.) y que levante un dedo cuando lo consiga. Una vez ha hecho la señal, tiene que verse a sí mismo acercándose a dicho objeto. Si éste es alcohol, por ejemplo, la descripción podría ser la siguiente:

Está usted encaminándose hacia el bar. Ha decidido beber una cerveza. Está acercándose al bar. Cuando ya está entrando nota una sensación desagradable en su estómago. Siente náuseas y arcadas y un líquido agrio en su boca. Intenta tragarlo, pero al hacerlo empiezan a subir hacia la boca partículas de comida. Usted llega a la barra y pide una cerveza. Cuando se la están sirviendo, nota un vómito incontrolable. Intenta mantener la boca cerrada y tragarlo pero no puede. En el momento en que sus manos tocan el vaso, no puede aguantarlo más, abre la boca y vomita. El vómito cae sobre sus manos, el vaso, la cerveza. Puede verlo flotar sobre la espuma. Su camisa y pantalones están manchados de vómito. Incluso el camarero tiene su camisa manchada. Percibe el hedor que esta extendiéndose más y más. La gente le mira. Se siente peor, va a volver a vomitar. Se da la vuelta y se dirige hacia la puerta. En este mismo momento se siente mejor, cada vez mejor. Cuando sale, nota el aire fresco y agradable de la calle y se siente muy bien. Va a su casa y se limpia, encontrándose cada vez mejor. Cautela (1985a).

Se le pide a continuación que visualice la escena por sí solo y sienta náuseas reales al aproximarse a la bebida. En este ejemplo se incluye una sensación de alivio al alejarse de la situación no adaptativa.

En cada sesión se llevan a cabo generalmente 20 escenas. 10 son descritas por el terapeuta y otras 10 son imaginadas sin descripción. Muchas veces se graban las escenas referidas por el terapeuta a fin de que el paciente pueda practicar en su casa por lo menos dos veces al día.

También se le pide que si en la vida real aparece el estímulo que le incita a realizar la conducta (por ejemplo, la cerveza), se le imagine inmediatamente cubierto de vómito o asociado a otros estímulos aversivos y que emplee la SE cuando advierta la necesidad de llevar a cabo la conducta inadecuada.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

disminuir la frecuencia de una conducta desadaptada imaginando que su ocurrencia está asociada con la pérdida de un reforzador positivo.

Upper y Cautela (1977) justifican la adopción de esta nueva técnica de castigo debido a que, a veces, se hace necesario cambiar los procedimientos. Así pues, aunque la sensibilización encubierta haya demostrado su eficacia, en determinados pacientes puede ser útil el cambio al coste de respuesta encubierto cuando se ha practicado la anterior durante mucho tiempo.

El uso del CRE está indicado tanto para respuestas desadaptativas de aproximación (alcoholismo, obesidad, desviaciones sexuales) como de evitación (miedo a los túneles, a los puentes).

V.5.1. Aspectos a tener en cuenta

Elección del estímulo agradable que se pierde. La consecuencia de la emisión de la respuesta es la pérdida de algo que resulta muy interesante al sujeto. Para facilitar su elección Upper y Cautela (1977) proponen el Cuestionario de Coste de Respuesta Encubierto *(Response Cost Survey Schedule)* que consta de 20 ítems. Entre ellos se encuentran: perder la agenda, que te roben el coche, se estropea tu mejor abrigo, etc. Pide al paciente que evalúe la molestia que le produciría cada una de estas situaciones sobre cinco puntos (desde ninguna hasta muchísima). Para impedir un efecto de habituación se aconseja escoger varias de estas escenas, ya que en una misma sesión pueden alternarse tres o cuatro.

V.5.2. Descripción del procedimiento

Una vez se ha llevado a cabo la evaluación de la conducta desadaptada y se ha concretado en unas secuencias, se escogen las situaciones que resultan más aversivas para el sujeto.

En un caso de obesidad por la ingestión de dulces, especialmente antes de acostarse, se pidió a la paciente que se imaginara ya en camisón a punto de meterse en cama, cuando se dirigía al frigorífico para coger algún alimento. Al abrir la puerta de éste, se decía «¡Cambio!». En este momento debía verse en la puerta del teatro donde había quedado con su marido. Él le pedía las entradas y en este momento recuerda que las ha olvidado en casa (imagen aversiva).

La imagen aversiva se presenta al inicio de la emisión de la conducta desadaptada. Como se ha practicado anteriormente, en el momento que el terapeuta dice, «¡Cambio!», debe representársela inmediatamente. Durante la sesión de tratamiento se alternan 10 imágenes explicadas por el terapeuta con otras tantas que el paciente debe representarse por sí solo. Cuando es suficientemente clara la visión de la conducta y el coste de la respuesta produce un cierto malestar, se le pide que practique en su casa.

Posiblemente sea necesaria una mayor demostración de la eficacia de esta técnica pero en estudios bien controlados se ha observado que es efectiva (Weiner, 1965; Tondo, Lane y Gill, 1975). Es importante tener cuidado al seleccionar el reforzador ya que si es demasiado poderoso el efecto resultante puede ser perturbador para el sujeto.

VI. TÉCNICAS BASADAS EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

VI.1. *El modelado encubierto*

Es el aprendizaje de nuevas respuestas o la modificación de respuestas ya existentes, mediante la observación en la imaginación del comportamiento de un modelo y de las consecuencias que le siguen. Esta técnica propuesta por Cautela esta basada en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969).

Se utiliza, tanto en conductas de aproximación como de evitación. Cautela (1971) adaptó al condicionamiento encubierto los procedimientos de la técnica del modelado, pensado en un principio para aquellos pacientes que afirmaban no poder imaginarse a sí mismos llevando a cabo determinadas conductas (en otras técnicas de condicionamiento encubierto), pero sí a otras personas.

VI.1.1. Aspectos a tener en cuenta

Es necesario explicar al paciente el fundamento teórico en que se basa. Upper y Cautela (1977) lo describen así:

El procedimiento que vamos a seguir se basa en experimentos que demuestran que las personas aprenden nuevos hábitos mediante la observación de otras personas en diferentes situaciones. Esto se suele hacer de modo que las personas observen realmente a otros haciendo cosas. Nosotros vamos a variar un poco el procedimiento, haciendo que usted observe ciertas escenas en la imaginación, en lugar de observar directamente una película o la interacción real entre varias personas. Voy a utilizar escenas que creo le ayudaran a cambiar la conducta que ambos pensamos requiere ser modificada. Dentro de un momento, le pediré que cierre los ojos e intente imaginar, lo más claramente posible, que está observando una determinada situación. Trate de imaginárselo con todos los sentidos. Por ejemplo, intente oír realmente una voz o ver a una persona con una gran claridad. Después de describir la escena, le *haré algunas preguntas sobre lo que le hizo sentir y sobre la claridad con que lo imaginó.*

Para la elaboración de las escenas se han de tener en cuenta tanto los problemas específicos de los pacientes como los parámetros que afectan al modelado manifiesto. Algunos de estos parámetros son: las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los procesos atencionales, la capacidad de retención del observador, la práctica encubierta de las respuestas modelos, el prestigio del modelo (Bandura, 1969), el estado de activación (Schachter, 1964) la edad del modelo, y las consecuencias de su conducta (Bandura, 1969).

Asimismo Kazdin (1973, 1974a, 1974b) investigó sobre la eficacia del ME. Comprobó que ésta era mayor cuando se empleaba un modelo de afrontamiento *(coping)* que si se utilizaba un modelo de maestría *(mastery).* El modelo de afrontamiento inicialmente se muestra indeciso, preocupado, ansioso ante la situación, pero logra sobreponerse y realiza la conducta satisfactoriamente. El modelo de maestría es el que desde el principio se muestra seguro, tranquilo y totalmente a gusto mientras realiza la conducta satisfactoriamente. La superioridad del modelo de afrontamiento es explicable, ya que se sitúa más cerca del sujeto que tiene problemas en la ejecución de una conducta.

VI.1.2. Descripción de la técnica

Una vez que se ha escogido la conducta a cambiar y el modelo adecuado, se procede a describir al sujeto la conducta del modelo. Por ejemplo, a un sujeto que solía sonrojarse siempre que se pronunciaban palabras relacionadas con la homosexualidad y temía que por ello los demás pudieran creer que lo era, se le expone esta imagen (Upper y Cautela, 1977).

Quiero que se imagine que hay dos parejas (aproximadamente de su misma edad) sentadas a la mesa de un restaurante. Está bastante lleno. Todas las mesas están ocupadas y los camareros se mueven con rapidez entre ellas. Las parejas disfrutan de la cena. Uno de los hombres dice en voz alta: «Hay un bar "gay" aquí al lado». El otro se sonroja, pero nadie parece darse cuenta de ello y comienzan a hablar de lo sabrosa que está la comida.

Se pregunta al paciente por la claridad de la escena y por el sentimiento provocado durante la descripción. El tiempo entre escenas varía entre 1 y 5 minutos. En algunos casos sólo se presenta una escena. Cuando el paciente es capaz de imaginarse la escena por sí mismo se intercalan en una misma sesión la reproducción por parte del sujeto, con la que realiza el terapeuta.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

Antes de terminar este breve bosquejo histórico, habría que decir que el BF es una técnica científica que se inscribe en un marco concreto de investigación y actuación. Forma parte indiscutible de lo que se ha dado en llamar «medicina conductual» *(behavioral medicine)*, disciplina que esencialmente representa la aplicación clínica de los principios y técnicas de la modificación de conducta a la evaluación, prevención y tratamiento de trastornos físicos (Pomerleau, 1979).

II. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

II.1. *Concepto de biofeedback*

El BF es una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas, que opera a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario. Dando esta información, los sujetos tienen la oportunidad de controlar gradualmente los procesos acerca de los cuales se les está informando, mientras que, sin dicha información, este control sería imposible (Gaarder y Montgomery, 1981). Así, el elemento clave e imprescindible del proceso es la información (feedback) directa, precisa y constante que el sujeto recibe sobre la variable fisiológica de interés.

Téngase en cuenta que para lograr controlar voluntariamente una respuesta fisiológica, es necesario que el cerebro reciba información inmediata de lo que ocurre en el organismo a fin de que pueda aprender a regular su actividad. El BF proporciona al cerebro una bioinformación dinámica con especial referencia a respuestas fisiológicas que, o bien no está incluida en la estructura biológica del organismo, o bien ha podido quedar alterada como consecuencia de un proceso patológico (Blanchard y Epstein, 1977). En este sentido, el BF facilita al sujeto el aprendizaje o autorregulación de tales respuestas (Vila, 1985b), por lo que puede ser concebido como una forma de imposición de un circuito de feedback externo adicional a los circuitos de feedback naturales del sistema de control adaptativo homeostático. Así, el BF potenciaría estos circuitos de feedback naturales o los sustituiría en caso de alteración de los mismos (Carrobles y cols., 1981).

Kamiya (1971) ha señalado que existen tres aspectos básicos que definen al entrenamiento en BF. Primero, la respuesta fisiológica que se desea someter a control debe ser registrada continuamente con la suficiente sensibilidad como para detectar cambios momento-a-momento. Segundo, los cambios que se producen en la variable de interés, objeto de entrenamiento, deben ser retroinformados inmediatamente al sujeto para que éste tenga un conocimiento preciso y exacto de los mismos. Tercero, la persona debe estar motivada para aprender a efectuar los cambios que se pretenden, ya que la premisa básica del BF es que a través del feedback inmediato de la respuesta bajo estudio, un individuo puede conseguir el control de la misma.

II.2. *El proceso de biofeedback*

Una forma de caracterizar al BF es aludiendo a las fases y elementos que lo componen, lo que nos lleva a hablar del proceso de BF, en el que se incluyen las siguientes operaciones básicas (Gaarder y Montgomery, 1981; Carrobles y Godoy, 1987).

1. Detección de la señal
2. Amplificación
3. Procesamiento y simplificación de la señal
4. Conversión de la señal
5. Información al sujeto (feedback) o exposición de la señal.

En la primera fase, tiene lugar la *captación o detección de la respuesta fisiológica.* Para ello, dependiendo de la propia naturaleza de la señal, se utilizarán en unos casos electrodos de registro o sensores apropiados a tal efecto y, en otros casos, transductores que convierten la señal que estamos registrando en una señal eléctrica para su manipulación posterior. Como es sabido, las señales biológicas son de naturaleza y origen diverso, por lo que su captación ha de tener en cuenta las propias características de origen de cada una de las mismas. En lo que a este aspecto se refiere y siguiendo a Brown (1972), podemos diferenciar tres tipos de señales: las de origen bioeléctrico directo, las de origen bioeléctrico indirecto y las de origen físico.

Las *señales bioeléctricas,* tanto *directas* como *indirectas,* son captadas a través de electrodos de registro. La única diferencia, a nivel de captación, entre ambas radica en que en el primer caso, como detectamos la actividad eléctrica directa producida por un órgano o tejido particular, los electrodos serán meros registradores, mientras que en el segundo caso, como la señal constituye una propiedad eléctrica del sistema biológico o fisiológico en cuestión, sólo podrá ser medida indirectamente por comparación con otras señales eléctricas de características conocidas, que se aplican externamente al organismo, por lo que la misma se captará igualmente a través de electrodos, con la única diferencia de que éstos servirán además para aplicar la corriente externa (Vila, 1985a).

Las *señales físicas,* por el contrario, no pueden ser captadas mediante electrodos o sensores. Se trata de fenómenos como la temperatura, el movimiento, la presión o la fuerza, cuyo registro ha de realizarse mediante «transductores», que transforman o convierten las señales físicas en eléctricas, de forma que posteriormente puedan ser manipuladas (p.ej., termistores para la medida de la temperatura).

Una vez captada la señal, ésta es *amplificada* hasta un nivel lo suficientemente alto como para que sea manejable eléctricamente por el sistema. Se trata, en definitiva, de multiplicar la señal de entrada por un factor fijo o controlable, de modo que la misma pueda ser aplicada más tarde a otros aparatos utilizados para registrarla o procesarla. El grado de amplificación de la señal se controla a través del mando de «sensibilidad» del monitor o aparato de BF.

Ahora bien, el incremento de la señal no es la única función que cumplen los amplificadores, sino que también realizan tareas de *filtración.* De este modo, el amplificador sólo aumentará aquellas señales que se encuentren dentro de unos determinados niveles de frecuencia. Esta regulación del paso de banda del amplificador es de gran importancia, ya que nos permite amplificar únicamente aquellas características que definen a la señal de interés, filtrándolas del resto de las señales interfirientes que hayan podido ser registradas por los electrodos (Rugh, 1979). Como es de suponer, a través de esta filtración no se eliminan todos los posibles artefactos; aquellas señales interfirientes que compartan los niveles de frecuencia, seleccionados, de la señal de interés serán amplificadas por el sistema. Para disminuir al máximo este posible efecto, deben tomarse las adecuadas precauciones en lo que se refiere al control e identificación de los artefactos y utilizarse amplificadores diferenciales (Simón, 1989).

Estos aspectos relativos a la filtración de la señal, se incluyen en la *fase de procesamiento y simplificación,* donde «la señal directa manipulada hasta ese momento es filtrada e integrada con objeto de extraer de ella sólo la parte de información necesitada para nuestro objetivo, y que bajo esta forma simplificada se va a facilitar posteriormente al sujeto» (Carrobles y cols., 1981, p. 10). Una vez que la señal ha sido filtrada, ésta podría ser retroalimentada al sujeto y enviada a algún sistema de registro o almacenamiento. Sin embargo, el hecho de que habitualmente se trabaje con señales complejas hace más adecuado que, previa exposición de la señal, ésta sufra algún tipo de procesamiento con el fin de simplificarla, lo cual facilitará su posterior análisis y retroalimentación. Por estos motivos, la señal puede sufrir ahora un proceso de integración, que consiste básicamente en la obtención de la medida promedio de ésta cada ciertos períodos de tiempo (p.ej., 5 segundos). La constante de tiempo de este proceso, puede ser seleccionada igualmente por el clínico de BF en algunos de los aparatos disponibles en el mercado. Igualmente, otra forma de garantizar esta simplificación es proporcionar feedback al sujeto sólo cuando la señal se encuentre por encima o por debajo de un cierto nivel preseleccionado por el terapeuta (umbral).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

del mismo. Como han señalado Carrobles y Godoy (1987), este procedimiento implica la utilización de un tampón anal que contiene los electrodos de contacto utilizados para medir y retroalimentar al sujeto la actividad-EMG del esfínter anal externo, instruyendo específicamente al paciente para que aumente la contracción del mismo. Si bien los resultados obtenidos con esta modalidad terapéutica han sido muy positivos (Haskell y Rovner, 1967; MacLeod, 1983), hay que señalar que en comparación con la técnica anterior puede presentar la desventaja de que no enseña directamente al sujeto a coordinar las contracciones del esfínter con las dimensiones rectales, presentándose inicialmente como una forma menos adecuada para mejorar la conciencia de distensión rectal del sujeto.

V.2.2. Síndrome del intestino irritable

Se conoce con el nombre de síndrome del intestino irritable a un desorden motor del tracto gatrointestinal caracterizado por dolor abdominal y trastornos de la evacuación intestinal (diarrea sola o alternando con estreñimiento) en ausencia de lesiones orgánicas morfológicas demostrables. En el tratamiento de este trastorno por medio del BF se han utilizado fundamentalmente dos tipos de técnicas. Por una parte, procedimientos encaminados a reducir de forma específica la motilidad del colon, tales como el feedback de los ruidos abdominales (BS-BF) y el feedback directo de las contracciones del colon (CC-BF). Por la otra, procedimientos supuestamente destinados a enseñar al paciente a reducir la activación emocional, tales como el EMG-BF y el ST-BF, solos o en combinación con otras técnicas conductuales (p.ej., desensibilización sistemática).

El procedimiento del BS-BF fue la primera modalidad de tratamiento por medio de BF propuesta para los sujetos con síndrome del intestino irritable. Este procedimiento, aplicado con éxito por Furman (1973), implica la detección periférica de los ruidos abdominales (sonidos producidos como resultado del movimiento de los intestinos) por medio de un estetoscopio electrónico fijado en el vientre. Sin embargo, algunos investigadores no han sido capaces de replicar estos hallazgos (Weinstock, 1976).

Este interés por estudiar la posibilidad de reducir la motilidad del colon ha llevado a algunos autores a utilizar feedback directo de las propias contracciones de éste, detectadas por medio de un globo introducido en el colon distal a través de un tubo (Bueno-Miranda, Cerulli y Schuster, 1976). Si bien este procedimiento parece modificar directamente la motilidad del colon distal, el valor clínico del mismo no ha sido todavía bien establecido.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

ción de una metodología apropiada, den respuesta a los interrogantes planteados en algunas áreas, tanto acerca del mecanismo de acción de las diversas técnicas de BF, como de su eficacia relativa frente a otros procedimientos de intervención, conductuales o biomédicos.

VII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Basmajian, J. V., *Biofeedback. Principles and practice for clinicians* (2.ª ed.), Baltimore, Williams and Wilkins, 1983.

Blanchard, E. B. y Epstein, L. H., *A biofeedback primer*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1978.

Carrobles, J. A. y Godoy, J., *Biofeedback. Principios y aplicaciones*, Barcelona, Martínez Roca, 1987.

Hatch, J. P., Fisher, J. G. y Rugh, J. D. (comps.), *Biofeedback. Studies in clinical efficacy*, Nueva York, Plenum Press, 1987.

Labrador, F. J., «Técnicas de biofeedback», en J. Mayor y F. J. Labrador (comps.), *Manual de modificación de conducta*, Madrid, Alhambra, 1984.

Shellenberger, R. y Green, J. A., *From the ghost in the box to successful biofeedback training*, Greeley, Colorado, Pioneer Press, 1986.

Simón, M. A., *Biofeedback y rehabilitación*, Valencia, Promolibro, 1989.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

sen y Bellack, 1977; Hollin y Trower, 1988). Por otra parte, Curran (1985) apunta también a diversos escritos teóricos neofreudianos, que favorecieron un modelo más interpersonal del desarrollo en contraposición al fuerte énfasis de Freud en los instintos biológicos, como especialmente relacionados con el tema del EHS (p.ej., Sullivan, 1953; White, 1969). Masters, Burish, Hollon y Rimm (1987) consideran, igualmente, que los escritos de Moreno (1946, 1955) sobre el *psicodrama* (una representación escenificada de las actitudes y los conflictos que los pacientes participantes tienen en la vida real) pueden considerarse como importantes influencias sobre el EHS, dada la similitud entre el psicodrama y el ensayo de conducta (el procedimiento básico del EHS). Masters y cols. (1987) piensan también que la *terapia del papel fijo* de Kelly (1955), constituye otro de los antecedentes del EHS debido a su semejanza, al igual que ocurría con el psicodrama, con el ensayo de conducta. Los mismos autores anteriores llegan a incluir el trabajo de Ellis (1962, 1973) como una importante contribución al EHS debido a que las prácticas y procedimientos que defendía Ellis se parecen notablemente a los incluidos hoy día en el EHS.

Además de los trabajos de Salter, Wolpe y Lazarus, reseñados anteriormente, una segunda fuente importante del campo de las HHSS la constituyen los trabajos de Zigler y Phillips (1960, 1961) sobre «competencia social». Esta área de investigación con adultos institucionalizados mostró que cuanto más elevada es la competencia social previa de los pacientes que son internados en el hospital, menor es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaída. El nivel de competencia social anterior a la hospitalización demostró ser mejor predictor del ajuste después de la hospitalización que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo de tratamiento recibido en el hospital (Caballo, 1988).

Mientras que estas dos fuentes tuvieron lugar en los Estados Unidos, una tercera fuente se originó en Inglaterra. En este último caso, las raíces históricas del constructo de las HHSS se basaban en el concepto de «habilidad» aplicado a las interacciones hombre-máquina, en donde la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. Así, Argyle y Kendon (1967) señalaban que «una *habilidad* puede definirse como una actividad organizada, coordinada, en relación con un objeto o una situación, que implica una cadena de mecanismos sensoriales, centrales y motores. Una de sus características principales es que la actuación, o secuencia de actos, se halla continuamente bajo el control de la entrada de información sensorial» (p. 56). La aplicación del concepto de «habilidad» a los sistemas hombre-hombre dio lugar a un abundante trabajo sobre las HHSS en Inglaterra (p.ej., Argyle, 1967, 1969; Argyle y Kendon, 1967; Welford, 1966).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas

Estas dimensiones de conducta se llevan a cabo, necesariamente, con determinadas personas y en presencia de ciertos factores situacionales. Las clases de persona que se han considerado frecuentemente (p.ej., Caballo, Godoy y Carrobles, 1984; Galassi y Galassi, 1977a, 1978; Becker, Heimberg y Bellack, 1987) son las siguientes: 1) Amigos del mismo sexo, 2) Amigos del sexo opuesto, 3) Relaciones íntimas (pareja), 4) Padres, 5) Familiares, 6) Personas con autoridad del mismo sexo, 7) Personas con autoridad del sexo opuesto, 8) Compañeros de trabajo del mismo sexo, 9) Compañeros de trabajo del sexo opuesto, 10) Contactos de consumidor (vendedores/as, camareros/as), 11) Profesionales del mismo sexo (p.ej., médicos), 12) Profesionales del sexo opuesto, y 13) Niños. Los factores situacionales son múltiples y variados y no existe una clasificación comúnmente utilizada al respecto. Algunos tipos de situaciones pueden ser: A) El lugar de trabajo, B) El hogar familiar, C) Lugares de consumo (p.ej., tiendas), D) Lugares de ocio (p.ej., pubs), E) Transportes públicos, F) Lugares formales (p.ej., conferencias), etc.

III.3. *El entrenamiento en habilidades sociales*

El *entrenamiento en habilidades sociales (EHS)* se podría definir como «un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida» (Goldsmith y McFall, 1975, p. 51) o como «un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales» (Curran, 1985, p. 122). El EHS se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de la respuesta —es decir, normalmente se concentra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas.

El proceso del EHS implicaría, en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada. Estos elementos son:

1. *Entrenamiento en habilidades,* donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Dado que la adquisición de las HHSS depende de un conjunto de factores encuadrados, principalmente, dentro de la teoría del aprendizaje social, el EHS incluye muchos de estos procedimientos en su aplicación. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento, todos los cuales serán descritos más adelante. El entrenamiento en habilidades es el elemento más básico

y más específico del EHS. A veces, dependiendo del problema particular del sujeto, sólo se emplea este procedimiento del EHS.

2. *Reducción de la ansiedad* en situaciones sociales problemáticas. Normalmente, esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958). Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación o la desensibilización sistemática.

3. *Reestructuración cognitiva*, en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. La reestructuración cognitiva tiene lugar con frecuencia, al igual que sucede con el elemento anterior, de forma indirecta. Es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica, a más largo plazo, las cogniciones del sujeto. Sin embargo, con la creciente cognitivación de la terapia de conducta, la incorporación de procedimientos cognitivos al EHS es algo habitual en la aplicación de esta técnica, especialmente aspectos de la terapia racional emotiva, autoinstrucciones, etc.

4. *Entrenamiento en solución de problemas*, en donde se enseña al sujeto a *percibir* correctamente los «valores» de todos los parámetros situacionales relevantes, a *procesar* los «valores» de estos parámetros para generar respuestas potenciales, *seleccionar* una de esas respuestas y *enviarla* de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal. El entrenamiento en solución de problemas no se suele llevar a cabo de forma sistemática en los programas de EHS, aunque generalmente se encuentra presente, de forma implícita, en ellos.

Linehan (1984) alega que un programa completo de EHS debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales. Por otra parte, los programas de EHS deberían tratar diferentes clases de respuestas habilidosas como entidades únicas, y reconocer que el impacto social de una conducta es específico a la clase de respuesta habilidosa que define esa conducta.

En la práctica, podemos considerar, con Lange (1981; Lange, Rimm y Loxley, 1978), que las cuatro etapas del EHS son las siguientes:

1. El desarrollo de un sistema de creencias que mantenga una gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.
2. La distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.
3. La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas.
4. El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas.

Estas etapas no son necesariamente sucesivas; a veces, se entremezclan en el tiempo y, de hecho, se pueden readaptar y modificar de diversas formas para adecuarlas mejor a las necesidades del sujeto.

IV. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Gran parte de los fundamentos conceptuales se han expuesto en los apartados anteriores. En este punto vamos a insistir un poco más en ellos.

No hay datos definitivos sobre cómo y cuando se aprenden las HHSS, pero la niñez es sin duda un período crítico. Al igual que otras capacidades, es probable que dependan de la *maduración* y de las *experiencias de aprendizaje* (Argyle, 1969). Bellack y Morrison (1982) piensan que la explicación más probable para este temprano aprendizaje de la conducta social la ofrece la teoría del aprendizaje social. El factor más crítico parece ser el *modelado.* Los niños observan a sus padres interactuando con ellos así como con otras personas y aprenden su estilo. Tanto las conductas verbales (p. ej., temas de conversación, hacer preguntas, producir información) como la conducta no verbal (p. ej. sonrisas, entonación de la voz, distancia interpersonal) pueden aprenderse de esta manera. La enseñanza directa (es decir, la *instrucción)* es otro vehículo importante para el aprendizaje. Dichos como: «di lo siento», «no hables con la boca llena», «lávate las manos antes de comer», etc., modelan la conducta social. También las respuestas sociales pueden ser *reforzadas* o *castigadas,* lo que hace que aumenten y se refinen ciertas conductas, y disminuyan o desaparezcan otras. Además, la oportunidad de *practicar* la conducta en una serie de situaciones y el desarrollo de las *capacidades cognitivas* son otros de los procedimientos que parecen estar implicados en la adquisición de las HHSS (Trower, Bryant y Argyle, 1978). El lastre del funcionamiento social defectuoso en la edad adulta (o las alabanzas por la habilidad social apropiada) no depende enteramente de los padres. «Los iguales son importantes modelos y fuentes de reforzamiento, especialmente durante la adolescencia. Las costumbres sociales, modas y estilos de vestir, y el lenguaje, cambian durante la vida de una persona; por tanto, se tiene que continuar aprendiendo con el fin de seguir siendo socialmente habilidoso. A este respecto, las habilidades sociales pueden también perderse por la falta de uso, después de largos períodos de aislamiento. La actuación social puede también ser inhibida u obstaculizada por perturbaciones cognitivas y afectivas (p. ej., ansiedad y depresión)» (Bellack y Morrison, 1982, p. 720).

Los procedimientos básicos que componen el EHS (modelado, ensayo de conducta, reforzamiento, etc.) se ajustan relativamente bien a los factores que parecen intervenir en las adquisición natural de las HHSS. La eficacia del EHS para mejorar esas habilidades parece relativamente bien establecida, tanto sus componentes por separado (p.ej., McFall y Lillesand, 1971; McFall, y Marston, 1970, McFall y Twentyman, 1973; Turner y Adams, 1977; Heimberg y cols., 1977), como el «paquete» completo (p.ej., Argyle, Trower y Bryant, 1974; Caballo y Carrobles, 1988; Goldsmith y McFall, 1975; Piccinin, McCarrey y Chislett, 1985; Van Dam-Baggen y Kraaimat, 1986). Sin embargo, no nos vamos a extender sobre este tema, ya que existen numerosas revisiones sobre la efectividad del EHS y a ellas remitimos al lector (p.ej., Curran, 1985, Marzillier, 1978; Monti y Kolko, 1985; Twentyman y Zimmering, 1979).

V. PROCEDIMIENTO[2]

El procedimiento básico consiste en identificar primero, con la ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultades. Lo mejor es obtener varios ejemplos específicos de las situaciones en términos de lo que sucede realmente en ellas. La entrevista, el autorregistro, los numerosos inventarios disponibles y el empleo de situaciones análogas, así como la observación en la vida real (ver Caballo, 1986, 1988; Caballo y Buela, 1988b, 1989, para una descripción detallada de estos instrumentos de evaluación), constituyen herramientas frecuentemente utilizadas en la determinación de problemas de inadecuación social. La delineación de la naturaleza del problema es importante porque el tratamiento específico que se emplee puede depender, hasta cierto punto, de la clase de conducta problema.

Una vez que se ha identificado esta última, el paso siguiente consiste en analizar por qué el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada. Se han postulado una serie de factores que podrían impedir a una persona comportarse de forma socialmente habilidosa (p.ej., déficit en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, discriminación errónea). La especificación de los factores implicados en la conducta desadaptativa nos facilitará el camino para el empleo de los distintos procedimientos del EHS.

Antes de empezar con el entrenamiento en sí, es importante informar al paciente sobre la naturaleza del EHS, sobre los objetivos a alcanzar en la terapia y sobre lo que se espera que haga dicho paciente. Además, es importante fomentar la motivación del mismo hacia el entrenamiento que va a tener lugar. Masters y cols. (1987) señalan que la mayoría de los terapeutas ponen un énfasis considerable en inducir una actitud positiva, entusiasta, hacia el EHS antes de empezar con los procedimientos de entrenamiento. «En parte esto es así porque el EHS, al igual que la mayoría de las técnicas de terapia de conducta, requiere una gran cantidad de participación activa por parte del paciente, lo que hace necesaria una notable motivación» (Masters, Burish, Hollon y Rimm, 1987, p. 96). Una vez que el paciente ha comprendido el objetivo del EHS y está de acuerdo en llevarlo a cabo, se puede empezar con el programa de sesiones.

---

[2] Dadas las notables ventajas que posee el entrenamiento en grupo sobre el entrenamiento individual, al hablar de los procedimientos componentes del EHS en este apartado, nos referiremos principalmente al primer formato. Sin embargo, la mayor parte del contenido de este epígrafe se puede aplicar igualmente al entrenamiento individual.

A veces puede ser necesario enseñar al individuo a relajarse, antes de que aborde determinadas situaciones problemáticas. La reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá, con toda probabilidad, la actuación socialmente adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades (en caso de no poseerlas). La relajación progresiva de Jacobson (ver capítulo sobre técnicas de relajación, en este volumen), dando especial importancia a la relajación diferencial, puede ser utilizada en este contexto. El enseñar al paciente a determinar su ansiedad (puntuaciones SUDS) en las situaciones problemáticas puede ser, entonces, un paso previo importante.

Posteriormente, y siguiendo el esquema propuesto por Lange (1981; Lange, Rimm y Loxley, 1978) para el desarrollo del EHS, podemos considerar en una primera fase la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. Bower y Bower (1976) señalan que nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y nos tenemos que tratar mutuamente como iguales. Un derecho humano básico, en el contexto de las HHSS, es algo que uno considera que toda la gente tiene en virtud de su existencia como seres humanos. La premisa subyacente del EHS es humanista: no producir estrés innecesario en los demás y apoyar la autorrealización de cada persona. El cuadro 18.1 presenta algunos de esos derechos humanos más importantes en el contexto de las HHSS.

Una segunda etapa del EHS, apuntada anteriormente, consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas (ver figura 18.1). En Caballo (1988) se encuentran unas descripciones básicas de estos tres tipos de respuesta. Se pueden planificar una serie de ejercicios estructurados para que el paciente participe activamente en el aprendizaje de las diferencias de estas formas de comportamiento. En el cuadro 18.2 podemos encontrar un breve resumen de las características distintivas más importantes de estos tres estilos de respuesta.

Los sujetos participantes en un programa de EHS deben tener claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos que se ha propuesto.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

del observador, en vez de ser altamente competente o más extrema. En este último caso, la representación puede resultar demasiado compleja de modo que el observador se puede sentir abrumado y no realizar ningún aprendizaje significativo (Schroeder y Black, 1985). Es importante, entonces, que el terapeuta dirija la atención del paciente hacia los componentes separados, específicos, de la situación, de forma que reduzca su complejidad. El modelado tiene, además, la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal. El tiempo de exposición al modelo también parece ser importante, con exposiciones más largas produciendo resultados más positivos (Eisler y Frederiksen, 1980). Por otra parte, es importante que el paciente no interprete la conducta modelada como *la* forma «correcta» de comportarse, sino como una manera de enfocar una situación particular (Wilkinson y Canter, 1982).

En el entrenamiento, el modelado parece más apropiado cuando: a) una persona muestra una conducta inapropiada y es más fácil mostrar la conducta correcta que explicarla o «apuntarla» (especialmente útil para la conducta no verbal y la conducta compleja), o b) un paciente no responde en absoluto o no parece saber cómo empezar. También parece ser que el empleo del procedimiento del «modelado» es más importante con poblaciones de amplias deficiencias (p.ej., pacientes psiquiátricos) que con aquellas que poseen un superior nivel de adaptación social (p.ej., sujetos universitarios). Algunos aspectos a recordar sobre el modelado son los siguientes:

1. La atención es necesaria para el aprendizaje. Puesto que en el modelado se aprende vicariamente por medio de la observación y la escucha, el que va a actuar tiene que saber a qué conductas tiene que prestar atención y acordarse de ellas. A veces ayuda el tener una discusión de grupo sobre qué hizo el modelo que dio como resultado una respuesta especialmente habilidosa, o el hacer que el terapeuta señale alguna de estas respuestas.
2. El modelado tiene más influencia cuando el observador considera la conducta del modelo como deseable y teniendo consecuencias positivas. El paciente recordará mejor las respuestas si tiene una oportunidad para practicar la conducta del modelo.
3. Es importante que el paciente no interprete la conducta modelada como la manera «correcta» de comportarse, sino como una forma de abordar una situación particular.

V.3. *Instrucciones/aleccionamiento*

El término *aleccionamiento* («coaching»), denominado también, a veces, retroalimentación correctiva, intenta proporcionar al sujeto información explí-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

horas por sesión es una duración adecuada (ver Caballo, 1987; Caballo y Carrobles, 1988, para un estudio más detallado sobre estas cuestiones).

VI.1. *Procedimientos y ejercicios de grupo*

Aparte de la secuencia típica del EHS, existe toda una serie de ejercicios grupales que son muy útiles cuando se lleva a cabo un programa de EHS (ver Caballo, 1987). Los ejercicios se emplean dependiendo del momento de la sesión, de la clase de conducta que se esté tratando, del ambiente grupal y de otros factores que el terapeuta determinará como convenientes para llevar a cabo dichos ejercicios. Seguidamente describimos algunos de ellos.

VI.1.1. Ejercicios de calentamiento

Como su mismo nombre indica, estos ejercicios sirven para animar el ambiente del grupo, haciendo que la gente se implique más activamente en el proceso del EHS. Suelen plantearse al principio de las sesiones o si en algún momento el grupo se encuentra poco participativo.

En la sesión inicial de un grupo de EHS la gente no se conoce. Un ejercicio habitual para que la gente se vaya conociendo es el siguiente: los participantes en el grupo se juntan por parejas. Se dejan 10 minutos de conversación en la que cada miembro de la pareja pasa 5 minutos hablándole al otro. En estos cinco minutos cada persona del grupo debería conseguir una breve biografía del/a compañero/a, describirse a sí mismo expresando los 5 adjetivos que piensa que le describen mejor y señalar sus tres puntos fuertes. Posteriormente, la gente vuelve al grupo y cada miembro ofrece una pequeña sinopsis de su compañero/a. Otros ejercicios de calentamiento diferentes son los siguientes:

Se hace que todos los miembros del grupo formen un círculo cogidos por los hombros y que uno de los miembros se quede fuera. El juego consiste en que el miembro que ha quedado fuera entre en el círculo, mientras que los miembros que lo forman tratan de no dejarle entrar (sin violencia, ni un empeño excesivo).

Se hacen grupos de tres personas. Dos de ellas se encuentran enfrente la una de la otra y una tercera sirve como espectador. Una de las dos primeras personas tendrá que decir únicamente «sí», mientras que la que tiene enfrente le contesta solamente «no». Pueden variar todos los elementos no verbales y paralingüísticos que quieran, pero no el contenido verbal («sí» o «no»). Durante la interacción las dos personas tienen que observar qué señales no verbales se manifiestan cuando se sienten más seguras y lo mismo tiene que hacer el observador respecto a la conducta que observa. Los papeles se van rotando. Finalmente, se exponen las conclusiones al grupo.

Se reúnen los participantes por parejas. Cada una de éstas tiene que tener un

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

En las sesiones del EHS normalmente se ensaya en parejas o en tríos estos cuatro elementos: preguntas con final abierto, libre información, autorrevelación, y escucha activa.

También se ofrece a los sujetos información sobre las maneras de iniciar conversaciones. Gambrill y Richey (1985, p. 107) señalan que hay al menos ocho maneras de iniciar conversaciones: 1) Hacer una pregunta o un comentario sobre la situación o una actividad en las que están implicados, 2) Hacer cumplidos a los demás sobre algún aspecto de su conducta, apariencia o algún otro atributo, 3) Hacer una observación o una pregunta casuales sobre lo que está haciendo alguien, 4) Preguntar si puede unirse a otra persona o pedir a otra persona que se una a él/ella, 5) Pedir ayuda, consejo, opinión o información a otra persona, 6) Ofrecer algo a alguien, 7) Compartir las experiencias, sentimientos u opiniones personales, 8) Saludar a la otra persona y presentarse. Esos mismos autores sugieren una serie de reglas básicas para la iniciación de conversaciones: a) Ser positivo, b) Ser directo, c) Cultivar una perspectiva doble, d) Anticipar una reacción positiva, e) Sacar provecho del humor, f) Utilizar frases iniciales cortas, g) Preguntarse a uno mismo cómo respondería, h) Hacer preguntas con final abierto, i) Sacar provecho de la libre información, j) Acercarse a la gente que parece libre para empezar una conversación, k) Insistir, l) Acercarse a la gente que parece amigable, m) Cultivar la curiosidad, n) Seleccionar objetivos alcanzables, o) Sacar provecho del estilo propio, p) Sonreír y mirar a la gente, q) No intimidar, r) Recompensarse los esfuerzos (Gambrill y Richey, 1985, pp. 113-115).

VI.1.6. Procedimientos defensivos

El disco rayado. Este procedimiento se puede emplear con peticiones y/o rechazos. Consiste en que el sujeto suene parecido a un disco rayado. La frase clave es «sí, pero... ». El sujeto sólo escucha, pero no responde a algo que se salga fuera de la cuestión que desea tratar. Smith (1977) lo describe como el procedimiento que «mediante la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez, enseña la virtud de la persistencia [...] » (p. 437).

La aserción negativa. Este procedimiento se emplea cuando el sujeto está siendo atacado y se ha equivocado. La técnica implica hacer que el sujeto admita su error y cambie inmediatamente a autoverbalizaciones positivas. El sujeto no está a la defensiva si está equivocado. La utilización de esta técnica requiere una amplia práctica, puesto que existe una tendencia natural de la gente a defenderse cuando se le ataca verbalmente (Booraem y Flowers, 1978). Smith (1977) la define como la «técnica que nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de nuestras cualidades negativas» (p. 438).

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

disfunciones personales (p.ej., depresión, ansiedad), conyugales y extrafamiliares (p.ej., aislamiento), que los padres de niños no remitidos para tratamiento (ver Griest y Wells, 1983, para una revisión). Además, parecen experimentar una mayor frecuencia de acontecimientos estresantes, tanto de carácter leve como grave (Patterson, 1982, 1983).

El enfoque teórico predominante sobre el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta ha resaltado la primacía de los procesos familiares de socialización (Patterson, 1982). Patterson enfatiza la naturaleza coercitiva, o controladora, de los tipos de problemas de conducta y ha desarrollado la *hipótesis de la coerción* para explicar su desarrollo y mantenimiento. Según este modelo, hay conductas aversivas rudimentarias, como el llorar, que pueden ser instintivas en el recién nacido. Dichas conductas podrían considerarse muy adaptativas en el sentido evolutivo, ya que moldean rápidamente a la madre en las habilidades necesarias para la supervivencia del niño (p.ej., la alimentación y el control de la temperatura). Supuestamente, conforme crecen, la mayoría de los niños sustituyen las conductas coercitivas rudimentarias por habilidades sociales y verbales más apropiadas. Sin embargo, según Patterson, una serie de condiciones podrían aumentar la probabilidad de que algunos niños continuasen empleando estrategias de control aversivas. Por ejemplo, podría ser que los padres fracasaran en modelar o reforzar habilidades prosociales más apropiadas y/o pudieran seguir respondiendo a la conducta coercitiva del niño. En lo que respecta a este último punto, Patterson ha resaltado el papel del reforzamiento negativo en la intensificación y mantenimiento de las conductas coercitivas. El reforzamiento negativo juega un papel especialmente importante, ya que la conducta coercitiva de un miembro de la familia (padre o hijo) se ve reforzada cuando da como resultado la desaparición de un acontecimiento aversivo que está aplicando otro miembro de la familia. Los siguientes ejemplos ilustran la forma en que los padres y los hijos son reforzados negativamente cuando se comportan de forma coercitiva.

Aplicación de un acontecimiento aversivo
(La madre da una orden)

↓

Respuesta coercitiva del niño
(El niño lloriquea, grita, no obedece)

↓

Eliminación del acontecimiento aversivo
[La madre cede (retira la orden) antes que oír gritar y lloriquear al niño]

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

de padres, como la disciplina, la vigilancia, el refuerzo positivo, la solución de problemas y la implicación. Se presta algo menos de atención a las variables del niño, aunque aparentemente es importante tener en cuenta las variables cognitivas (p.ej., sesgos atribucionales y habilidades de solución de problemas interpersonales) y temperamentales (McMahon y Forehand, 1988). Los estímulos estresantes intrafamiliares (trastornos conyugales, problemas de ajuste personal, enfermedades físicas, etc.) y extrafamiliares (p.ej., aislamiento social o «insularidad») pueden conducir a la desorganización de las *habilidades propias del papel de padres (HPPP).* Sin embargo, niveles adecuados de estas habilidades pueden moderar, en principio, el impacto de algunos estímulos estresantes, como el tener un hijo de temperamento difícil. El modelo sugiere ahora una progresión evolutiva desde el «entrenamiento básico» en procesos coercitivos, vía las interacciones padres-hijos dentro de la casa durante el período preescolar, hasta el impacto posterior de la conducta coercitiva y desobediente del niño sobre el concepto de uno mismo, las relaciones con los compañeros y las habilidades académicas, durante el período de edad escolar. Investigaciones preliminares han apoyado al modelo aplicado a niños con conductas problema tanto en casa (p.ej., Patterson y Bank, 1986) como en la escuela (Walker, Shinn, O'Neill y Ramsey, 1987).

El trabajo de Patterson y el de otros investigadores han indicado que el incumplimiento de las órdenes (es decir, la desobediencia excesiva a los adultos) constituye la conducta clave para el desarrollo de formas de conducta problema, tanto manifiestas (p.ej., agresión) como furtivas (p.ej., robar). Loeber y Schmaling (1985a) han encontrado que la no obediencia se encuentra colocada cerca del punto cero de su escala unidimensional manifiesta-furtiva de conductas antisociales. Patterson (1986) ha hipotetizado no sólo que la desobediencia infantil temprana es la precursora de manifestaciones graves de la conducta problema en la pubertad y la adolescencia, sino que también juega un papel en los posteriores problemas académicos y de relaciones con los compañeros. Los datos presentados por Edelbrock (1985) indican que la no obediencia aparece muy pronto en la progresión de los problemas de conducta y continúa manifestándose en etapas posteriores. Además la investigación ha mostrado que cuando la desobediencia del niño es objeto de tratamiento, a menudo hay mejorías concomitantes en otras conductas problema (Russo, Cataldo y Cushing, 1981; Wells, Forehand y Griest, 1980).

II.2. *El desarrollo del entrenamiento de padres*

La concisa definición del entrenamiento de padres (EP) presentada al comienzo del capítulo no captura los antecedentes históricos del EP o el sentido de su transformación activa, continua, en una verdadera «terapia familiar conductual» (Griest y Wells, 1983; Wells, 1985). Desde los primeros intentos para enseñar a los padres a modificar las conductas problema de sus hijos, el EP ha pasado por tres diferentes etapas de desarrollo (McMahon, 1984b).

La primera etapa, que tuvo lugar durante los años sesenta y los primeros años setenta, se preocupaba por el desarrollo de un modelo de intervención para el «entrenamiento de padres» (O'Dell, 1974) y por determinar si existía un enfoque viable para enfrentarse a una amplia variedad de problemas de conducta infantiles.

Basándose en el modelo triádico de Tharp y Wetzel (1969), el modelo del entrenamiento de padres empleaba un terapeuta (consultor) que trabajaba directamente con el padre (mediador) para reducir finalmente la conducta problema del niño (objetivo). La suposición subyacente a este modelo era que algún tipo de déficit en las habilidades propias del papel de padres (HPPP) habría sido, al menos parcialmente, responsable del desarrollo y/o mantenimiento de las conductas problema. Se llegó al modelo del EP debido a la confluencia de varios acontecimientos (Kazdin, 1985c): a) el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta, especialmente los procedimientos de reforzamiento y de castigo basados en el condicionamiento operante, b) la tendencia a utilizar paraprofesionales (incluyendo a los padres) para llevar a cabo los servicios de salud mental, y c) un darse cuenta de que el emplear a los padres como terapeutas podía mejorar la eficacia de la terapia infantil.

Con respecto a este último punto, el modelo del entrenamiento de padres presentaba varias ventajas sobre los enfoques más tradicionales de la terapia infantil, en la que los terapeutas trabajaban individualmente con el niño en sesiones de una hora a la semana (Berkowitz y Graziano, 1972). En primer lugar, puesto que la mayoría de las conductas problema del niño se adquiere y se mantiene en el ambiente natural (es decir, en la familia), es poco probable que se obtengan cambios clínicamente significativos si se trata el niño «fuera de contexto». Segundo, incluso si se logran mejorías de la conducta del niño en la clínica, es muy probable que desaparecieran cuando éste volviese al ambiente natural que produjo inicialmente los problemas. Finalmente, los padres tienen el mayor contacto con el niño y el mayor control sobre su ambiente y, debido a que son sus padres, tienen la mayor responsabilidad moral, ética y legal de cuidar al niño.

Aunque gran parte de la investigación realizada durante esta primera etapa de desarrollo del EP estaba limitada a estudios descriptivos de casos o a diseños de caso único, con datos recogidos en la clínica o en el laboratorio (y, con menos frecuencia, en casa), la evidencia disponible apoyaba notablemente la eficacia a corto plazo de este enfoque en términos de mejorías postratamiento inmediatas tanto en la conducta de los padres como en la de los hijos. Sin embargo, la generalización de esos efectos no estaba tan clara.

Esta preocupación por la generalización de los efectos del tratamiento condujo a la segunda etapa en el desarrollo del EP, que tuvo lugar desde mediados de los años setenta hasta los primeros años ochenta. En un artículo pionero, Forehand y Atkenson (1977) describieron cuatro clases importantes de generalización, relevantes para las intervenciones del EP con niños. La *generalización contextual* se refiere a la transferencia de los efectos del tratamiento a lugares en los que no se aplicó éste (p.ej., de la clínica a casa), mientras que la *generalización temporal* alude al mantenimiento de los efectos del tratamiento después de haber finalizado. La *generalización a los hermanos* se refiere a la transferencia de las habilidades recién adquiridas propias del papel de padres, a hermanos del niño que no han sido tratados, y que los hermanos respondan de la manera deseada. La *generalización conductual* se remite a si los cambios meta de conductas problema específicas van acompañados por otras conductas que no se han considerado como objetivos.

La generalización es importante para el éxito del EP desde, por lo menos, dos perspectivas (Forehand y Atkenson, 1977). En términos del tratamiento, la generalización da como resultado un mejor empleo del tiempo del terapeuta, puesto que éste ya no será necesario para intervenir cuando se vuelvan a dar problemas previamente tratados, conductas problema en lugares nuevos, todas las conductas problema de un niño, o problemas conductuales de los hermanos del niño. En términos de prevención, la generalización minimiza la continua intervención profesional y debería dar como resultado una disminución de futuros problemas de conducta en el niño (y en los hermanos). Esto permitiría a los clínicos trasladarse desde la prevención terciaria (es decir, el tratamiento de las conductas problema) a la prevención primaria (es decir, la disminución de la incidencia de nuevos casos de desadaptación) (Caplan, 1964). Una razón adicional para la evaluación de la generalización es que permite a los terapeutas vigilar la ocurrencia potencial de efectos secundarios «negativos, de segundo orden, o no deseados» (Graziano, 1977) del EP.

Pertinente a la generalización de los efectos se encuentra la *validez social* de la intervención, que se refiere a si los cambios terapéuticos son «clínica o socialmente importantes» para el paciente (Kazdin, 1977b). Las intervenciones del EP para el tratamiento de niños con problemas de conducta han mostrado su generalización y validez social en distintos grados —algunas de forma impresionante, otras en un grado moderado y unas terceras en absoluto. Este énfasis en la generalización y la validez social de los efectos del tratamiento, y el conocimiento cada vez mayor de los múltiples factores causales y de mantenimiento con respecto a los problemas de conducta, condujo a la tercera y actual etapa de desarrollo del EP. Desde los primeros años ochenta, los investigadores clínicos se han centrado en formas de mejorar la eficacia del EP, no sólo con respecto a la eficacia a corto plazo sino especialmente con respecto a la generalización. Una consecuencia de este enfoque ha

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book

— y Deffenbacher, J. L., «Anxiety management training», *The Counseling Psychologist,* 16, 1988, pp. 31-49.

— y Richardson, F., «Anxiety management training : A non-specific behavior therapy program for anxiety control», *Behavior Therapy,* 2, 1971, pp. 498-512.

Sullivan, H. S., *The interpersonal theory of psychiatry,* Nueva York, Norton, 1953.

Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G., *Applying behavior analysis procedures with children and youth,* Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1977.

Surwit, R. S., «Behavioral treatment of Raynaud's syndrome in peripheral vascular diseases», *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 50, 1982, pp. 922-932.

Swan, G. E., «On the structure of eclecticism: Cluster analysis of eclectic behavior therapists», *Professional Psychology,* 10, 1979, pp. 732-739.

— y McDonald, M. C., «Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapists», *Behavior Therapy,* 9, 1978, pp. 799-807.

Sweet, A. A., «The therapeutic relationship in behavior therapy», *Clinical Psychology Review,* 4, 1984, pp. 253-272.

Tarchanoff, J. R., «Voluntary acceleration of heart beat in man», *Pfüger's Archive der Gesamten Physiologie,* 35, 1885, pp. 109-135.

Taylor, C. B., «Adult medical disorders», en A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (comps.), *International handbook of behavior modification and therapy,* Nueva York, Plenum Press, 1982.

— «DSM-III and behavioral assessment», *Behavioral Assessment,* 5, 1983, pp. 5-14.

Teitelbaum, M., *Hypnosis induction techniques,* Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1965.

Telch, C. F. y Telch, M. J., «Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54, 1986, pp. 802-808.

Tenopyr, M. L., «Content-construct confusion», *Personnel Psychology,* 30, 1977, pp. 47-54.

Terrace, H. S., «Awareness as viewed by conventional and by radical behaviorism», Ponencia presentada en la reunión de la American Psychological Association, Washington, 1971.

Tharp, R. G. y Wetzel, R. J., *Behavior modification in the natural environment,* Nueva York, Academic Press, 1969.

Thomas, W. I., *The child in America,* Nueva York, Knopf, 1928.

Thompson, G. G., *Child psychology,* Boston, Mass., Houghton-Mifflin, 1952.

Thoresen, C. E. y Coates, T. G., «What does it means to be a behavior therapist?», *The Counseling Psychologist,* 7, 1978, pp. 3-21.

Thorndike, E. L., «Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals», *Psychological Review Monograph Supplements,* 2, 1898, núm. 8.

— *The psychology of learning,* Nueva York, Teachers College, Columbia University, 1913.

— *Human learning,* Nueva York, Century, 1931.

— *The fundamentals of learning,* Nueva York, Teachers College, 1932.

— *An experimental study of rewards,* Nueva York, Teachers College, 1933.

Tinsley, H. E., Bowman, S. L. y Ray, S. B., «Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results», *Journal of Counseling Psychology,* 35, 1988, pp. 99-108.

Tolman, E. C. y Brunswik, E., «The organism and the causal texture of the environment», *Psychological Review,* 42, 1935, pp. 89-101.

Tondo, T. R., Lane, J. R. y Gill, K., «Suppresion of specific eating behaviors by covert response cost: An experimental analysis», *Psychological Record,* 25, 1975, pp. 187-196.

Tori, C. D., «A smoking satiation procedure with reduced medical risk», *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 34, 1978, pp. 574-579.

Toseland, R., «A problem-solving group workshop for older persons», *Social Work*, 22, 1977, pp. 325-326.

Trower, P., «Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 1980, pp. 327-329.

— «A radical critique and reformulation: From organism to agent», en P. Trower (comp.), *Radical approaches to social skills training*, Londres, Croom Helm, 1984.

Truax, C. B., «Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy», *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1966, pp. 1-9.

Tryon, W. W., Ferster, C. B., Franks, C. M., Kazdin, A. E., Lewis, D. J. y Tryon, G. S., «On the role of behaviorism in clinical psychology», *Pavlovian Journal of Biological Science*, 15, 1980, pp. 12-20.

Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M., *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*, Nueva York, Guilford Press, 1983.

Turkat, I. D. y Feuerstein, M., «Behavior modification and the public misconception», *American Psychologist*, 33, 1978, p. 194.

— y Meyer, V., «The behavior-analytic approach», en P. Wachtel (comp.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, Nueva York, Plenum Press, 1982.

Turner, J. A., «Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1982, pp. 757-765.

Turner, R. M., «Multivariate assessment of therapy outcome research», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 1978, pp. 309-314.

— «Behavioral self-control procedures for disorders of initiating and maintaining sleep (DIMS)», *Clinical Psychology Review*, 6, 1986, pp. 27-38.

— «The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety sympton reduction», *Journal of Personality Disorders*, 1, 1987, pp. 136-143.

— y Ascher, L. M., «A controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1979, pp. 500-508.

—, DiTomasso y Deluty, M., «Systematic desensitization», en R. M. Turner y L. M. Ascher (comps.), *Evaluating behavior therapy outcome*, Nueva York, Springer, 1985.

Turner, S. M. y Adams, H., «Effects of assertive training in three dimensions of assertiveness», *Behaviour Research and Therapy*, 15, 1977, pp. 475-483.

Turpin, G., «An overview of clinical psychophysiological techniques: Tools or theories», en G. Turpin (comp.), *Handbook of clinical psychophysiology*, Chichester, Wiley, 1989.

Twentyman, C. T. y Zimering, R. T., «Behavioral training of social skills: A critical review», en M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (comps.), *Progress in behavior modification*, vol. 7, Nueva York, Academic Press, 1979.

Udolf, R., *Handbook of hypnosis for professionals*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1981.

Ullmann, L. P. y Krasner, L., *Case studies in behavior modification*, Nueva York, Holt, Rinehart, and Winston, 1965.

— y Krasner, L., *A psychological approach to abnormal behavior*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1969.

Upper, D. y Cautela, J. R. (comps.), *Covert conditioning*, Oxford, Pergamon Press, 1977 [*Condicionamiento encubierto*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983].

Vallejo, M. A. y Labrador, F. J., «Modelo de predisposición psicobiológica para explicar las cefaleas», *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 1983, pp. 5-18.

Vallés, F., *Sagrada filosofía*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1971. (Or.: 1587).

Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F., «A group social skills training program with psychiatric patients: Outcome, drop-out rate and prediction», *Behaviour Research and Therapy,* 24, 1986, pp. 161-169.

Van Den Bos, G. R., *Psychotherapy: Practice, research, policy,* Beverly Hills, Calif., Sage, 1980.

— «Psychotherapy research: A special issue», *American Psychologist,* 41, 1986, pp. 111-112.

Van Heck, G. L., «The construction of a general taxonomy of situations», en H. Bonarius, G. L. Van Heck y N. Smid (comps.), *Personality psychology in Europe: Theoretical and empirical developments,* Lisse, Swets and Zeitlinger, 1984.

— «Situation concepts: Definitions and classification», en P. J. Hettema (comp.), *Personality and environment: Assessment of human adaptation,* Chichester, Wiley, 1989.

Van Houten, R., «Social validation: The evolution of standards of competency for target behaviors», *Journal of Applied Behavior Analysis,* 12, 1979, pp. 581-591.

Vaughan, M., «Rule-governed behavior and higher mental precesses», en S. Modgil y C. Modgil (comps.), *B. F. Skinner. Consensus and controversy,* Londres, Falmer Press, 1987.

— «Rule-governed behavior in behavior analysis. A theoretical and experimental history», en S. C. Hayes (comp.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies, and instructional control,* Nueva York, Academic Press, 1989.

Veltum, L. G. y Miltenberger, R. G., «Evaluation of a self-instructional package for training initial assessment interviewing skills», *Behavioral Assessment,* 11, 1989, pp. 165-177.

Vernon, P. E., «The concept of validity in personality studies», en B. Semeonoff (comp.), *Personality assessment: Selected readings,* Londres, Penguin, 1964.

Vygotski, L., *Thought and language,* Nueva York, Wiley, 1962. (Original en ruso 1934) [hay traducción castellana del inglés en Latauro, Buenos Aires].

Vila, J., «Biofeedback y auto-regulación», *Análisis y Modificación de Conducta,* 6, 1980, pp. 367-376.

— «Sistemas psicofisiológicos de respuesta humana», en A. Puerto (comp.), *Psicofisiología* (2ª edición), Madrid, UNED, 1985*(a).*

— «Aplicaciones clínicas del biofeedback», en A. Puerto (comp.), *Psicofisiología* (2ª edición), Madrid, UNED, 1985*(b).*

Vives, J. L., *Tratado del alma,* Madrid, Ediciones de la Lectura, 1923. (Or.: 1538).

— *Tratado de la enseñanza,* México, Porrúa, 1984. (Or.: 1531).

Voegtlin, W. L., «The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex», *American Journal of Medical Science,* 199, 1940, pp. 576-580.

—, Lemere, F., Broz, W. R. y O'Hollaren, P., «Conditioned reflex therapy of chronic alcoholism. IV. A preliminary report on the value of reinforcement», *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism,* 2, 1941, pp. 505-511.

—, Lemere, F., Broz, W. R. y O'Hollaren, P., «Conditioned reflex therapy of alcoholic addiction. VI. Follow-up report of 1042 cases», *American Journal of Medical Science,* 203, 1942, pp. 525-528.

Voeltz, L. M. y Evans, I. M., «The assessment of behavioral interrelationships in child behavior therapy», *Behavioral Assessment,* 4, 1983, pp. 131-165.

Wachtel, P. L., *Psychoanalysis and behavior therapy,* Nueva York, Basic Books, 1977.

— *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches,* Nueva York, Plenum Press, 1982.

Wadden, T. A. y Anderton, C. H., «The clinical use of hypnosis», *Psychological Bulletin,* 91, 1982, pp. 215-243.

Wade, Y. C. y Hartmann, D. P., «Behavior therapists' self-reported views and practices», *The Behavior Therapist,* 2, 1979, pp. 3-6.

Wagner, A. R. y Rescorla, R. A., «Inhibition in Pavlovian conditioning: Applications of a theory», en R. A. Bookes y M. S. Halliday (comps.), *Inhibition and learning,* Nueva York, Academic Press, 1972.

Wagner, M. K. y Bragg, R. A., «Comparing behavior modification approaches to habit de-

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Competencia del tratamiento, 763
Condicionamiento aversivo, 275-295
  aversión eléctrica, 286-287
  aversión olfativa, 287-289
  aversión gustativa, 289-290
  aversión química, 291-292
Condicionamiento clásico (o condicionamiento pavloviano), 29-31, 280, 714
Condicionamiento encubierto, 349-371
  extinción encubierta, 361-362
  coste de respuesta encubierto, 362-364
  modelado encubierto, 364-366
  reforzamiento negativo encubierto, 357-359
  reforzamiento positivo encubierto, 354-357
  sensibilización encubierta, 359-361
Condicionamiento operante, 45-46, 280, 302, 714
Conducta verbal, 41-42, 75-81, 83
  audiencia, 78
  automando, 76
  ecoica, 77
  función autoclítica, 81
  intraverbal, 78
  mando, 76
  tacto, 76
  textual, 78
Conducta del rol de paciente (CRP), 755-762
Conducta gobernada por reglas, 79-80, 316
Conducta operante, 35, 302, 306
Conductismo, 4, 15-16, 32-33
  metodológico, 15
  metafísico o radical, 15
Contingencia de reforzamiento, 305
Contracondicionamiento, 185-188, 744, 747
Contrato conductual, El, 804-806
  categorías de problemas en las que se ha empleado, 806
  componentes, 804-805
  principios de funcionamiento, 804
  procedimientos básicos, 804-805
  reglas para realizar contratos satisfactorios, 805
Control del estímulo, 133-136, 303, 745, 811-812
  clases de estímulos antecedentes, 812
  recomendaciones para su utilización, 812
Coste de respuesta, 314, 345
Curadores por la fe, 688

Dactilología, 53
Daily Record of Dysfunctional Thoughts, 510, 511
  [Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales]
Defensas cognitivas, 244
Depresión, 245, 493-516
Desensibilización sistemática (DS), 43-45, 183-215, 519, 744
  automatizada, 210
  en formato grupal, 210
  «en vivo», 209, 211-215
  por medio de la imaginación, 210
Desvanecimiento, 310-311
Detención del pensamiento, 366-369, 745
Determinismo recíproco, 16-17
Disonancia cognitiva, 282
Doble vínculo, 259
Drogas paralizantes, 291
DSM-III, 212, 261
DSM-III-R, 193, 261, 828
Dualismo metafísico, 24
Dyadic Parent-Child Interactional Coding System (DPICS), 454
  [Sistema Interactivo de Codificación de las Parejas Padres-Hijo]

Eclecticismo técnico, 7, 18, 743-746
Economía de fichas (EF), 329-346
Ejercicio para atacar la vergüenza, 486
Ejercicios de correr riesgo, 486
Elementos moduladores, 504

Eméticos, 291
Emparejamiento de estímulos, 34, 309, 522
Encadenamiento, 311
Encadenamiento hacia delante, 311-312
Encadenamiento hacia atrás, 311-312
Enfermedad de Raynaud, 394-395, 881, 884
Ensayo de conducta, 420-425, 745
Enseñanza programada, 322
Entrenamiento asertivo, 404, 432, 508-509, 745, 829
Entrenamiento de padres (EP), 445-471, 829
  «Ayudando al niño desobediente», 456-462
    procedimientos que sigue el programa, 458
  Centro de Aprendizaje Social de Oregón
    (Oregon Social Learning Center, OSLC), 446
  clases de generalización, 451
  contenido de los programas, 459-461
  definición, 445
  entrenamiento en Comunicación y Solución de Problemas (ECSP), 465
  etapas de desarrollo del EP, 449-452
  evaluación de las conductas problema del niño, 452-455
  habilidades propias del papel de padres (HPPP), 448-449
  Hipótesis de la coerción sobre los problemas de conducta, 447-449
  Sistema Familiar-Ecológico (SFE), 466
  Tratamiento Combinado Individualizado (TCI), 467-469
Entrenamiento en autoinstrucciones, 607-626, 745
  aplicaciones, 619-625
    ansiedad, 621-623
    dificultades de aprendizaje, 623-625
    falta de autocontrol, 623
    impulsividad, 619-621
  fases, 612-615
Entrenamiento en el control de la ansiedad (ECA), 745, 792-793
  sesiones de las que se compone, 792-793
Entrenamiento en habilidades sociales (EHS), 403-440, 736, 745, 830
  aleccionamiento/Retroalimentación correctiva, 427-428
  antecedentes históricos, 403-405
  apuntar, 421
  concepto de *habilidad* aplicado a las interacciones hombre-máquina, 405
  definición de habilidad social, 406-407
  definición del EHS, 409
  derechos humanos básicos, 414
  diferencias entre no aserción/aserción/agresión, 415
  dimensiones conductuales/Clases de respuesta, 407-409
  clases de personas, 409
  ejercicios de grupo, 434
    de calentamiento, 434-435
    de *terapia racional emotiva*, 436
    para la distinción entre conducta asertiva/no asertiva/agresiva, 435
    para los derechos humanos básicos, 435
    procedimientos para iniciar y mantener conversaciones, 436-438
    autorrevelación, La, 437
    escucha, La, 437
    libre información, La, 437
    maneras de iniciar conversaciones, 438
    preguntas con final cerrado/abierto, 436-437
    reglas básicas para la iniciación de conversaciones, 438
  elementos moleculares, 417-420
  ensayo de conducta, Secuencia típica del, 422-424
  factores situacionales, 409
  grupos de EHS, Tipos de, 432-433
  modelado, Aspectos a recordar sobre el, 427

  percepción social, Entrenamiento en, 432
  psicopatología y habilidad social, 440-442
  relajación progresiva en el EHS, 413
  terapia racional emotiva, Empleo de la, 432
  tipos básicos de consecuencias, 406-407
Entrenamiento en relajación, 165-178, 195-201, 519, 736, 745
Entrevista conductual, 751-775
  categorías para la evaluación del paciente, 768-770
  objetivos, 752
  resistencia, La, 762-767
    definición, 762
    tipos, 764-765
Episodio Cognitivo-Emotivo-Conductual (ECEC), 821-825
Escape/evitación del rol, 764
Escenario conductual, 859
Esquemas cognitivos, 495-500
Esquizofrenia, 323, 864
Estímulo, 303
  aversivo, 285-286, 303
  condicionado, 218, 292
  condicionado aversivo, 304
  discriminativo, 303
  incondicionado, 218
  punitivo, 303
Estrategias de afrontamiento, 520, 522
Estrategias para la elección del tratamiento, 101
  Análisis funcional, 101-102
  Estrategia de la conducta clave, 102-103
  Estrategia de la guía teórica, 104-105
  Estrategia diagnóstica, 103
European Association of Behaviour Therapy (EABT), 7
Exposición, 220, 736, 744
Extinción, 304, 305, 313, 747
Extinción del castigo, 303
Extinción operante, 303
Extinción sensorial, 291
Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), 453
  [Inventario de Eyberg sobre la Conducta del Niño]

Family Interaction Coding System (FICS), 454
  [Sistema de Codificación de la Interacción Familiar]
Fear Survey Schedule (FSS), 193, 201, 358
  [Inventario de Miedos]
Fiabilidad, 112-113
Fichas, 11, 342
Fobia, 188-190
  a los ascensores, 212-215
  a los puentes, 203-205, 208-209
  social, 261
Focalización al fumar, 289-290
Formato grupal, 403, 421, 432

Generalización del estímulo, 126-127, 303-304, 312
Generalización de la respuesta, 127-128, 304, 312
Generalización excesiva, 497
Generalización y Mantenimiento, 121-142
  atenuación de las consecuencias reforzantes, 129-131
  contingencias no Discriminables, 128-129
  entrenamiento de agentes naturales para el cambio, 131-133
  entrenamiento de los pacientes en la prevención de recaídas, 129
  Entrenar de Forma no Estructurada, 128
  Entrenar en Generalización, 127
  Entrenar Muestras Suficientes, 127
  Entrenar y Esperar, 124-125
  Generalización Mediada, 127
  Introducción a las Contingencias Naturales de Mantenimiento, 128

  Modificación Secuencial, 126
  Programación de Estímulos Comunes, 126
  transferencia gradual del control de la conducta a los participantes, 129
  utilización del control del estímulo, 133-136

Habilidades sociales, 403, 406
Hablar en público, 190-191, 262-263, 408
Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS), 695
  [Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Harvard para Grupos]
Hipertensión, 392-393
Hipnosis, 687-710, 745
  alucinación negativa, 693
  alucinación positiva, 693
  aplicaciones, 703-709
    en el control del dolor, 703-706
    en la reestructuración cognitiva, 708-709
    para los trastornos por uso de sustancias, 707-708
  balanceo de la postura, 696
  capacidad para el trance, 691, 693, 694
  distorsión del tiempo, 690
  Hipnosis de la carretera, 690
  Mitos, 689-691
  Péndulo de Chevreul, 696
  susceptibilidad hipnótica, 691
  Técnica de fijación de los ojos, 698-699
  Técnica de la fragmentación, 700
  Técnica de la atracción y repulsión de las manos, 696
  Técnica de las escaleras, 700
  Técnica de la levitación de la mano y el brazo, 695-696, 700-701
  Técnica del buceo, 700
  Técnica del conteo, 701
  Teorías, 691-692
  trance, 692-694
Hipnoterapia, 687
Hipnoterapeuta, 687
Hipótesis de la autoconfirmación, 566

Imágenes visuales agradables, 197, 810
Imitación, 318, 778, 779
Implosión/Inundación, La, 217-247, 250
  Aplicaciones, 245-246
  Categorías de los estímulos de evitación, 231-233
  Definición, 218-221
Imposición de manos, 688
Incompetencia del rol, 764
Incontinencia fecal, 395-396
Incubación condicionada, 15
Inferencia arbitraria, 497
Inhibición recíproca, 184-188, 744
Inmunogénesis conductual, 846-847
Inoculación de estrés (EIDE), 627-654
Instrucción, 316-318, 411
Instrucciones de contraexigencias, 253
Intención paradójica (IP), 249-274
  Definición, 251
  Descontextualización del síntoma, 258
Interaccionismo, 23
  evolutivo, 23
Inundación (ver *implosión)*
Inversión del hábito, 812-813

Jerarquía de ansiedad, 201-206
Jerarquía de miedos, 192

Ley del efecto, 34
Logoterapia, 258
Lugar de control, 154
  externo, 154
  interno, 154

Magnetismo animal *(mesmerismo)*, 688
Magnificación y minimización, 497
Maniobras de búsqueda de seguridad, 565-567, 573-574
Máquinas de enseñanza, 321-323
Materialismo dialéctico, 5

Means-End Problem-Solving Procedure (MEPS), 535
  [Procedimiento Medios-Fines para la Solución de Problemas]
Mecanismos de autoconsuelo, 575
Medicina conductual, 376, 871-890
  definiciones, 873
  evaluación y tratamiento de la miopía, 887-890
Meditación, 196-197, 736, 745
Metas últimas del tratamiento, 93-95
  resultados finales, 93
  resultados instrumentales, 94
  resultados intermediarios, 94
Método de las aproximaciones sucesivas, 310, 422
Métodos cognitivos, 317, 431-432
Métodos de autocontrol, 655-683
  autoatribución, 661
  autoevaluación, 659, 666-670
  autorregistro, 659, 662-666, 674-676
  autorrefuerzo, 660, 670-671
  etapas propuestas por Kanfer, 659-661
Métodos operantes, 299-327
Migraña, 393-394
Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II), 570
  [Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II]
Modelado, Procedimientos de, 318, 778-785
  aprendizaje y ejecución, 779
  clases de procedimientos de modelado, 784-785
    de afrontamiento, 785
    dirigido, 784
    encubierto, 785
    graduado, 784
    de maestría, 785
    participante, 784-785
  diferencias entre modelado, imitación y aprendizaje por observación, 779
  efectos del modelado, 779-780
  factores que mejoran los efectos del modelado, 780-782
  pasos del procedimiento de modelado, 781-784
Modelo de diátesis-estrés, 495
Modelo médico, 22
Modelo psicodinámico, 5
Modificación de conducta (MC), 3, 27-50
Moldeamiento, 310, 422
Moldeamiento por el estímulo, 311
Mooney Problem Check List, 537
  [Lista de Problemas desarrollada por Mooney]
Multimodal Anamnesis Psychotherapy (MAP), 717
  [Anamnesis Multimodal para la Psicoterapia]
Multimodal Functional (macro) Analysis (MFA), 725
  [(Macro) Análisis Funcional Multimodal]
Multimodal Life History Questionnaire (LHQ), 570, 717, 828
  [Cuestionario Multimodal de la Historia de Vida]

Neurosis experimental, 37
Nuevo Testamento, 688

Obesidad, 295
Operación de establecimiento, 305
Operante, 302

Paradoja neurótica, 225
Paradoja terapéutica, 258-260
Parent Daily Report (PDR), 455
  [Informe Diario de los Padres]
Patrón de conducta Tipo A, 864-865
Pensamiento absolutista dicotómico, 497
Pensamientos automáticos, 500, 502, 509, 511
Pensamientos irracionales, 514, 837
Perfil de Modalidades (PM), 717-718
Personal Problems Checklist, 537
  [Lista de Problemas Personales]
Personalidad, 41, 110
Personalización, 497

Teoría de los dos factores, 15, 34, 224, 306
Teoría de sistemas, 711, 721-724
Terapia cognitiva (TCO), 493-526, 736
  para los trastornos de ansiedad, 516-522
  principios directrices, 501-503
  resultados, 522-523
Terapia cognitivoestructural (TCE), 581-606
  en la agorafobia, 601-604
  cambios, 590-592, 597-598
    profundo, 590
    progresivo, 590
    regresivo, 590
    superficial, 590
  firme núcleo metafísico, 587
  identidad personal, 588
  marco constructivista, El, 584-586
  nivel de organización explícito, 588
  nivel de organización tácito, 587
  organización cognitiva personal, 589-590
  técnicas empleadas en la TCE, 598-599
    cognitivo-conductuales, 598
    semánticas, 598-599
Terapia de conducta (TC), 3, 8-24, 27, 46
  definiciones doctrinales, 13
  definiciones epistemológicas, 13
Terapia de conducta cognitiva, 11, 48
Terapia de conducta racional (TCR), 785-789
  Autoanálisis racional (AAR), 787
    secuencia del AAR, 788
  estrategia de tratamiento, 787-788
  Imágenes racionales emotivas (IRE), 788-789
    intrucciones típicas de las IRE, 789
  «Maniobra para Sentirse Mejor Rápidamente», 789
  modelo ABC, 786
  reglas de la conducta «racional», 787
Terapia de grupo cognitivo conductual, 819-841
Terapia de la aflicción, 745
Terapia del papel fijo, 486-487
Terapia de pareja (TP), 797-799
  entrenamiento en comunicación en la TP, 797-798
  estrategias cognitivas en la TP, 798
  estrategias de generalización, 798-799
  habilidades del terapeuta, 798
  objetivos generales, 797
  principios conceptuales, 797
Terapia de reflejos condicionados, 404
Terapia de solución de problemas, 527-553
  aplicada a pacientes psiquiátricos hospitalizados, 550-551
  definición, 528
  objetivos del tratamiento, 533-534
  procesos, 530-533
  torbellino de ideas, 513
Terapia de valoración cognitiva (TVC), 555-579
  autoestima, la, 560
  culpa, la, 560
  esquemas no conscientes, 561
  mapas cognitivos, 561
  personalidad dependiente, la, 576-577
  personalidad narcisita, la, 577
  personalidad por evitación, la, 577
  reglas, 558-561
    implícitas o no conscientes, 559
    morales o preceptivas, 560
    naturales o inferenciales, 559-560
  trastornos límites de la personalidad, los, 569, 577
  vergüenza, la, 560
Terapia familiar, 794-796
Terapia familiar conductual, 452, 794
Terapia familiar funcional (TFF), 464-465
Terapia implosiva (TI), 217-247
Terapia multimodal (TMM), 711-749
Terapia racional emotiva (TRE), 475-492, 736
  Condenación, 478
  Debate Empírico, 482
  Debate Filosófico, 482
  «Deberías» dogmáticos, 478

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Las técnicas de terapia y modificación de conducta de que disponen los profesionales de la salud hoy día, les permite abordar los trastornos mentales con una notable seguridad de poseer medios eficaces para su tratamiento. El presente manual recoge las técnicas terapéuticas más importantes del campo de la terapia y modificación de conducta y les da un trato eminentemente práctico, sin por ello perder en profundidad. Cada capítulo, que expone una técnica, se organiza fundamentalmente alrededor de los siguientes apartados: Historia, Definición y descripción, Fundamentos conceptuales y empíricos, Procedimiento, Variaciones, Aplicaciones, Resumen final y Lecturas para profundizar. Los distintos capítulos que componen este libro constituyen escritos originales redactados expresamente para él por más de 40 especialistas nacionales e internacionales, formando un conjunto de 35 capítulos que convierte al presente manual en una obra de consulta imprescindible para todo profesional interesado en el campo de la terapia de los trastornos mentales: psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, etc. Asimismo resulta un libro de texto ideal para las asignaturas pertenecientes al área de la terapia y modificación de conducta de los últimos cursos de la carrera de Psicología.

Vicente E. Caballo, natural de Villalón de Campos (Valladolid), estudió el primer ciclo de la carrera de Psicología en la Universidad Central de Barcelona y completó el segundo ciclo en la Universidad Autónoma de Madrid. Posteriormente realizó su memoria de Licenciatura con Premio Extraordinario y obtuvo el doctorado en Psicología por esta misma universidad. Actualmente es Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada, impartiendo la asignatura de Psicopatología. Tiene distintas publicaciones en revistas españolas y extranjeras, siento autor del libro *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (1988) y compilador (con G. Buela-Casal) del *Manual de psicología clínica aplicada* (1991). Sus intereses actuales se centran en las técnicas de terapia de conducta, en el campo de relaciones interpersonales y en la influencia que sobre el comportamiento humano ejerce el contexto que le rodea.

ISBN: 978-84-323-0717-1

9 788432 307171 00004

SIGLO XXI